9th INTERNATIONAL • 27th NATIONAL

PUBLIC HEALTH CONGRESS

December 10 - 13, 2025 / Antalya

Resilient Systems
Healthy Community

HALK SAĞLIĞI UZMANLARI DERNEĞİ
1995

Dirençli Sistemler
Sağlıklı Toplum

9. ULUSLARARASI • 27. ULUSAL

HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

10 - 13 Aralık 2025 / Antalya



KONGRE KİTABI

9. Uluslararası 27. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi TÜBİTAK tarafından
“Yurt İçi Bilimsel Etkinlik Düzenleme Desteği”
kapsamında desteklenmiştir.

9th INTERNATIONAL • 27th NATIONAL

PUBLIC HEALTH CONGRESS

December 10 - 13, 2025 / Antalya

Resilient Systems Healthy Community

Dirençli Sistemler Sağlıklı Toplum

9. ULUSLARARASI • 27. ULUSAL

HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

10 - 13 Aralık 2025 / Antalya

ISBN
978-625-93709-2-7

HASUDER Yayın No
2025/4

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.

Aralık, 2025 / Ankara

Kongre Başkanı

Prof. Dr. Bülent KILIÇ
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

Kongre Sekreteri

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

Düzenleme Kurulu

Prof. Dr. Ferruh Niyazi AYOĞLU
Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Bengü Nehir BUĞDAYCI YALÇIN
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi

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

Dr. Öğr. Üyesi Didem DAYMAZ YILMAZ
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi

Prof. Dr. Bülent KILIÇ
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

Doç. Dr. Mehmet Akif SEZEROL
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi

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

Editörler Kurulu

Prof. Dr. Deniz ODABAŞ (Baş Editör)
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Prof. Dr. Nazım Ercüment BEYHUN
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Didem DAYMAZ YILMAZ
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi

Prof. Dr. Zahide KOŞAN
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi

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

Bilimsel Kurul

Prof. Dr. Filiz ABACIGİL
Prof. Dr. Ayşe AKIN
Prof. Dr. Levent AKIN
Prof. Dr. Seval ALKOY
Prof. Dr. Kerim Hakan ALTINTAŞ
Prof. Dr. Dilek ASLAN
Prof. Dr. Pınar AY
Prof. Dr. Ferruh Niyazi AYOĞLU
Prof. Dr. Necdet AYTAÇ
Prof. Dr. Elçin BALCI
Prof. Dr. Hakan BAYDUR
Prof. Dr. Arda BORLU
Prof. Dr. Ali İhsan BOZKURT
Prof. Dr. Sevgi CANBAZ
Prof. Dr. Beyhan CENGİZ ÖZYURT
Prof. Dr. Ali CEYLAN
Prof. Julia CRITCHLEY
Prof. Dr. Derya ÇAMUR
Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA
Prof. Dr. Lütfi Saltuk DEMİR
Prof. Dr. S. Erhan DEVECİ
Prof. Dr. Alp ERGÖR
Prof. Dr. Erhan ESER
Prof. Fouad M. FOUAD
Prof. Dr. Türkan GÜNAY
Prof. Dr. Metin HASDE
Prof. Dr. Hür HASSOY
Prof. Dr. Osman HAYRAN
Prof. Nicholas HOPKINSON
Prof. Dr. Tacettin İNANDI
Prof. Dr. Bülent KILIÇ
Prof. Dr. Sibel KIRAN
Prof. Dr. Mithat KIYAK
Prof. Dr. Atilla Senih MAYDA
Prof. Dr. Nurhan MEYDAN ACIMIŞ
Prof. Dr. Mine Esin OCAKTAN
Prof. Dr. Ayşe Emel ÖNAL
Prof. Dr. M.Fatih ÖNSÜZ
Prof. Dr. L. Hilal ÖZCEBE
Prof. Sukri PALUTTURI
Prof. Dr. Metin PIÇAKÇIEFE
Prof. Dr. Birgül PİYAL
Prof. Dr. Günay SAKA
Prof. Dr. Meral SAYGUN
Prof. Dmytro STEPANSKYI
Prof. Dr. Ergün Haldun SÜMER
Prof. Dr. Caferi Tayyar ŞAŞMAZ
Prof. Dr. Ferdi TANIR
Prof. Dr. Burcu TOKUÇ
Prof. Dr. Ersin USKUN
Prof. Dr. Belgin ÜNAL
Prof. Dr. Gamze VAROL
Prof. Shahaduz ZAMAN
Prof. Dr. ZILHADIA
Doç. Dr. İrem AKOVA
Doç. Dr. Neriman AYDIN
Doç. Dr. Asya Banu BABAOĞLU
Doç. Dr. Ayşe BARAN
Doç. Dr. Celalettin ÇEVİK
Doç. Dr. Rıza ÇITIL
Doç. Dr. Aslı DAVAS
Doç. Dr. Serol DEVECİ
Doç. Dr. Hasan DURMUŞ
Assoc. Prof. Filippos FILIPPIDIS
Doç. Dr. Cemal Hüseyin GÜVERCİN
Doç. Dr. Ferit KAYA
Doç. Dr. Elif KÖSE
Doç. Dr. Sare MIHÇIOKUR
Doç. Dr. Özgür ÖNAL
Doç. Dr. Meryem Merve ÖREN ÇELİK
Doç. Dr. Ahmet Önder PORSUK
Assoc. Prof. Elisaveta PETROVA-GERETTO
Doç. Dr. Mehmet Akif SEZEROL
Doç. Dr. Zeynep SOFUOĞLU
Doç. Dr. İzzettin TOKTAŞ
Doç. Dr. Mehtap TÜRKAY
Doç. Dr. Melike YAVUZ
Dr. Öğr. Üyesi Atalay AKTUNA
Dr. Öğr. Üyesi Ömer ATAÇ
Dr. Öğr. Üyesi A. Nur BALCI YAPALAK
Dr. Öğr. Üyesi Berna BİLGİN ŞAHİN
Asst. Prof. Iwona BIELSKA
Dr. Öğr. Üyesi B. Nehir BUĞDAYCI YALÇIN
Dr. Öğr. Üyesi Yunus Emre BULUT
Dr. Öğr. Üyesi Hazal Cansu ÇULPAN
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Sait DEĞER
Dr. Öğr. Üyesi Zehra KILINÇ
Dr. Öğr. Üyesi Burak KURT
Dr. Öğr. Üyesi Abdullah UÇAR
Asst. Prof. Constantine VARDAVAS
Dr. Alex G. MATHIOUDAKIS

DESTEKLEYEN KURULUŞLAR

Türk Tabipleri Birliği
Turkish Medical Association

UNFPA
Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu

Direct Relief

DR. HAFIZ CEMAL LOKMANHEKİM VE EŞİ SABİHA LOKMANHEKİM SAĞLIK VAKFI

Yasemin Açık Vakfı

SAĞLIK VE SOSYAL YARDIM VAKFI 1983

temizhavahakkı PLATFORMU

ÇEVRE İKLİM VE SAĞLIK İÇİN İŞ BİRLİĞİ

KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI

10 ARALIK 2025, Çarşamba

30. YIL SALONU

1. GÜN

09.00 - 10.10	**AÇILIŞ TÖRENİ**
	Saygı Duruşu ve İstiklal Marşı
	Açılış Konuşmaları
	Prof. Dr. Derya Çamur Kongre Sekreteri **Prof. Dr. Bülent Kılıç** Kongre Başkanı **Mariam Khan** Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) Türkiye Temsilcisi **Doç. Dr. Muhammed Atak** Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürü
	Akreditasyon Belgelerinin Takdimi
	Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	HASUDER Halk Sağlığı Dostu Ödülü Takdimi
10.00 - 10.45	**AÇILIŞ KONFERANSI ve KISA FİLM GÖSTERİSİ**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Gül Ergör Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fak Halk Sağlığı Anabilim Dalı (Emekli)
	Dirençli Toplumların Oluşmasında Kapsayıcılık **Nellie Kartoğlu** President Extensio et Progressio, Switzerland Former Technical Officer for Partnerships, Community Readiness and Resilience at WHO Director and Screenwriter of "La Riposte" "La Riposte" Produced by WHO, received a Movie that Matters Award in Cannes in 2023
	Toplu Fotoğraf Çekimi
10.45 - 11.15	**Kahve Arası**
11.15 - 12.30	**Güncel Küresel Politikaların Etkisinde Sağlık Sistemlerimiz Ne Kadar Dirençli?**
	Güncel Küresel Politikaların Etkisinde Sağlık Sistemlerimiz Ne Kadar Dirençli? **Oturum Başkanı: Prof. Dr. Bülent Kılıç** HASUDER Yönetim Kurulu Başkanı
	Küresel Sağlık Finansmanındaki Daralma ve Halk Sağlığı Liderliğine Etkileri **Prof. Dr. F. Hande Harmancı** WHO Azerbaycan Ülke Temsilcisi
	Küresel Sağlık Finansmanındaki Daralma ve Yerel Sağlık Politikalarına Etkisi **Prof. Dr. Kayıhan Pala** CHP Bursa Milletvekili TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Üyesi
12.15 - 13.30	**Öğle Arası**

KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI

10 ARALIK 2025, Çarşamba

30. YIL SALONU

13.30 - 14.30	**Sağlık Bakanlığı Perspektifinden Dirençli Sağlık Sistemleri**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Ferruh N. Ayoğlu Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	Prof. Dr. Bülent Kılıç HASUDER Yönetim Kurulu Başkanı
	Doç. Dr. Muhammed Atak Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürü
14.30 - 14.45	Kahve Arası
14.45 - 16.00	**Çatışma ve Savaş Koşullarında Toplumsal Dirençlilik**
	Oturum Başkanı: Doç. Dr. Melike Yavuz Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	Savaş ve Çatışma Koşullarında Sağlık Hakkı **Prof. Dr. Feride Aksu Tanık** Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	Çatışma Ortamında Su Hakkı: Filistin **Dr. Ayman Rabi** Executive Director of Palestinian Hydrology Group, Palestine
	Savaş ve Çatışma Altında Gıda Güvencesi **Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Alp Aker** Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
16.00 - 16.15	KAHVE ARASI
14.00 - 15.15	**KONFERANS:** **Sağlık Okuryazarlığı: Dijitalleşme, Medya ve Toplumsal Dönüşüm**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Hilal Özcebe Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	Prof. Dr. Orkan Okan ONLINE Technical University of Munich School of Medicine and Health WHO Collaborating Centre for Health Literacy President of the EUPHA Health Literacy Section
17.00 - 17.15	KAHVE ARASI
17.15 - 19.00	**"HALK SAĞLIĞININ İZİNDE"** **HASUDER Belgeseli İlk Gösterim**
20.30 - 22.00	Halk Sağlığı Yeterlik Genel Kurulu

1. GÜN

KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI

11 ARALIK 2025 PERŞEMBE

30. YIL SALONU

09.00 - 10.15	**Halk Sağlığı Tıpta Uzmanlık Eğitimi ile İlgili Güncel Analizler**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	Halk Sağlığı Tıpta Uzmanlığı Gelecek Perspektifleri: UEMS Bakış Açısı **Prof. Kristiina Patja** (ONLINE) President of the UEMS Public Health Section, Finland
	Türkiye'de Halk Sağlığı Tıpta Uzmanlık Eğitimi **Prof. Dr. Tayyar Şaşmaz** Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
10.15 - 10.45	KAHVE ARASI
10.45 - 12.00	**Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerine Erişimde Yenilikçi Yaklaşımlar**
	Oturum Başkanı: Doç. Dr. İlker Kayı Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	Dijitalleşen Dünyada Ruh Sağlığı Hizmetlerine Erişim: Ne Durumda, Nasıl Olmalı? **Uzm. Dr. Öykü Turunç** Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	İncinebilir Grupların Ruh Sağlığı Hizmetlerine Erişimi: Engeller ve Kolaylaştırıcılar **Kathrin Exner** (ONLINE) Research Associate, Central Institute of Mental Health (ZI), Germany
	İncinebilir Grupların Sağlık Hizmetlerine Erişim Deneyimlerini Anlamada Mobil Etnografi Yaklaşımı **Psk. Dr. Neil MacDhonnagain** Data, Research, & Innovation Program Manager at JIGSAW, Ireland
12.00 - 13.30	ÖĞLE ARASI
13.30 - 14.15	**İş Sağlığı Alanında Yapay Zeka Uygulamaları**
	Oturum Başkanı: Doç. Dr. Mehtap Türkay Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	Uluslararası İş Sağlığı ve Güvenliği Yapay Zeka Uygulamaları **Prof. Giovanna Tranfo** (ONLINE) **Istituto Nazionale Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL)**
	Türkiye'de İş Sağlığı Alanında Yapay Zeka Uygulamaları **Ayşe Erim** **Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, İSGÜM**
14.15 - 14.30	KAHVE ARASI

2. GÜN

KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI

11 ARALIK 2025 PERŞEMBE

30. YIL SALONU

13.30 - 14.30	**KONFERANS:** **Toplumdan Doğru ve Topluma Yönelik Bakımın Sürekliliği**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Dilek Aslan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	Prof. Jean-Pierre Michel ONLINE Director of the IAGG e-TRIGGER AFMEE Course
15.15 - 15.30	Kahve Arası
15.30 - 16.15	**Yirminci Yılında Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Raika Durusoy Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nin 20. Yılı **Andrew Black** ONLINE WHO FCTC Secretariat Team Lead, Direct Assistance to Parties, Secretariat of the WHO FCTC
	Türkiye'de Tütün Kontrolü ve "Yeni" Tehlikeler **Prof. Dr. Dilek Aslan** Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk sağlığı Anabilim Dalı
16.15 - 16.30	KAHVE ARASI
16.30 - 17.45	**İklim Değişikliği Acil ve Afetlerine Hazırlık**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Coşkun Bakar Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	İklim Değişikliği Acil ve Afetlerine Hazırlık Nasıl Olmalıdır? **Doç. Dr. Zeynep Sofuoğlu** İzmir Demokrasi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	İklim Değişikliğine Bağlı Orman Yangınları Hazırlığı ve Yönetimi **Laurent Alfonso** ONLINE Senior Advisor Jordan Civil Defense, Embassy of Jordan, Amman
	Sel Afetine Hazırlıklı Olma ve Yönetim: Pakistan ve Libya Deneyimi **Dr. Öğr. Üyesi Burak Kurt** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
20.00 - 22.00	HASUDER Genel Kurulu

2. GÜN

KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI

11 ARALIK 2025 PERŞEMBE

HIFZISSIHHA SALONU

2. GÜN

09.00 - 10.15	**Dirençli Çevreler Oluşturmak İçin Risklerin Azaltılması**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Ayşe Emel Önal İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	Büyük Endüstriyel Kaza Risklerinin Azaltılması **Fikret Şan** Şan Çevre Danışmanlık Şirketi
	Ormancılık Politikaları ve Orman Yangınları **Prof. Dr. Erdoğan Atmış** (ONLINE) Vrije Universiteit, Holland
	Nükleer Risklere Hazırlıklı mıyız? **Prof. Dr. Gülçin Yapıcı** Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
10.15 - 10.45	KAHVE ARASI
10.45 - 12.00	**Doğurganlığın Teşviki ve Dirençli Toplum: Toplumsal Cinsiyet ve Beden Üzerinden Güç İlişkileri**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Ayşe Akın Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	Dirençli Toplum ve Kadın Bedeni: Sosyal Hizmet Perspektifinden Doğurganlık Politikaları **Prof. Dr. Özlem Cankurtaran** Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü
	Dirençli Toplum Söylemi Altında Bedenin ve Emeğin Denetimi **Doç. Dr. Melda Yaman** (ONLINE) İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi
	Doğurganlığın Teşviki ve Halk Sağlığı Boyutu **Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış** Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
12.00 - 13.30	ÖĞLE ARASI
13.30 - 14.15	**HASUDER ve TTB Halk Sağlığı Kolu Halk Sağlığı Gezici Eğitim Seminerleri Ortak Oturumu**
	Oturum Başkanları: **Prof. Dr. Burcu Tokuç** Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı **Prof. Dr. Derya Çamur** Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	HASUDER Gezici Eğitim Semineri 2025: Depremlerde Halk Sağlığı Uzmanlarının Görevleri **Uzm. Dr. Müjde İlgün** Manisa Şehzadeler İlçe Sağlık Müdürü
	TTB Halk Sağlığı Kolu 36. Gezici Eğitim Semineri: **Trakya'da İşçi Sağlığı, Ekoloji Sorunları ve Yürütülen Mücadeleler** **Arş. Gör. Dr. Ayşe İnaltekin** Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
14.15 - 14.30	KAHVE ARASI

KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI

11 ARALIK 2025 PERŞEMBE

HIFZISSIHHA SALONU

13.30 - 14.30	**KONFERANS:** **Ülkemizde Aşı Üretimi Konusunda Güncel Durum ve Gelecek Perspektifi**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Tayyar Şaşmaz Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	Prof. Ateş Kara Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı TÜSEB Türkiye Aşı Enstitüsü Başkanı
15.15 - 15.30	Kahve Arası
15.30 - 16.15	**Dirençli Sistemler ve Sağlıklı Toplum için Kent Planlaması**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Meltem Çöl **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı (Emekli)**
	Sağlıklı Toplum İçin Kent Planlaması **Prof. Dr. Savaş Zafer Şahin** Hacı Bayram Veli Üniversitesi
	Geleceğin Kentleri ve Halk Sağlığı **Prof. Dr. Ferruh N. Ayoğlu** Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
16.15 - 16.30	KAHVE ARASI
16.30 - 17.45	**KONFERANS:** **Küresel İklim Krizine Jeo-Biyolojik Bakış: Beklenen ve Gözlenen Sağlık ve Tarımsal Sorunlar**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Ayşe Akın Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	Prof. Dr. Ali Demirsoy Hacettepe Üniversitesi (Emekli)
20.00 - 22.00	HASUDER Genel Kurulu

2. GÜN

KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI

12 ARALIK 2025 CUMA

30. YIL SALONU

09.00 - 10.15	**Dirençli Sistemler İçin Sağlık Verisi Yönetimi**
	Oturum Başkanı: Doç. Dr. Mehmet Akif Sezerol Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	Uluslararası Alanda Sağlık Verisi Kullanımı **Dr. Öğr. Üyesi Mithat Temizer** Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	İl ve İlçe Sağlık Müdürlüklerinde Veriye Erişim: Kısıtlılıklar ve Öneriler **Uzm. Dr. Mustafa Enes Özden** Kars Kağızman İlçe Sağlık Müdürlüğü
	İlçe Sağlık Müdürlüğünde Sağlık Verisi Kullanımı **Uzm. Dr. Merve Kırlangıç** İstanbul Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüğü
10.15 - 10.45	Kahve Arası
10.45 - 12.00	**Bulaşıcı Olmayan Hastalıklarda Risk İzleme ve Dijital Dönüşüm**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Ferdi Tanır Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	BOH Risk Faktörleri: 2023 Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması **Prof. Dr. Gül Ergör** Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	BOH Kontrolünde Sürveyans: Ulusal ve Yerel Düzey İçin Öneriler **Prof. Dr. Belgin Ünal** Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	Kanser Sürveyansında Yapay Zeka Destekli İlerleme **Prof. Dr. Sultan Eser** Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
12.00 - 13.30	ÖĞLE ARASI
13.30 - 14.45	**Akademiden Sahaya Sahadan Politikaya Halk Sağlığı Uzmanları**
	Oturum Başkanı: Dr. Öğr. Üyesi Didem Daymaz Yılmaz Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	Halk Sağlığı Uzmanının İkili Rolü: Karar Verici-Uygulayıcı **Doç. Dr. Gökhan Telatar** Rize İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Başkanı
	Kalıcı Sağlık Politikaları Yerini Günlük Çözümlere mi Bırakıyor? **Doç. Dr. Asya Banu Babaoğlu** İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	Uygulayıcısı Gözünden Sağlık Bakanlığı Saha Programları **Uzm. Dr. Didem Han Yekdeş** Edirne İl Sağlık Müdürlüğü

3. GÜN

KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI

12 ARALIK 2025 CUMA

30. YIL SALONU

15.15 - 16.45	**Çocukların Geleceği İçin Dayanıklı Sistemler Oluşturmak**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Arda Borlu Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	Dirençli Toplum İçin Çocuklar Neden Öncelikli? **Prof. Dr. Burcu Tokuç** Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı
	Dirençli Sistemlerin Oluşturulmasında Çocuk Merkezli Yaklaşım: Hayata Sağlıklı Başlangıçlar **Prof. Dr. Hilal Özcebe** Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	Çoklu Krizler Çağında Eğitimin Durumu **Ayşe Naçar** Eğitim Reformu Girişimi
	Dirençli Bir Geleceğe Doğru: Türkiye'de Depremler ve Eğitim-Çocuk-Gençlik Odaklı Çalışmalar **Dr. Şeyma Dağıstan Terzi** Eğitim Reformu Girişimi
16.45 - 17.00	**KAHVE ARASI**
17.00 - 17.45	**KONFERANS:** **Dirençli Sağlık Sistemleri ve Sağlıkta Şiddet Sorunu**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Bülent Kılıç HASUDER Yönetim Kurulu Başkanı
	Prof. Dr. Alpay Azap TTB Merkez Konseyi Başkanı
17.45 - 18.30	**Bilimsel Çalışmalarda Sessizliği Bozmak: Araştırma İletişimi**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. O. Alp Ergör Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	Doç. Dr. Ümit Kartoğlu Vice President Extensio et Progressio, Switzerland
18.45	**Anabilim Dalı Başkanları Toplantısı**

3. GÜN

KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI

12 ARALIK 2025 CUMA

HIFZISSIHHA SALONU

09.00 - 10.15	**Dirençli Toplum Yaratılmasında Sosyal Bilimlerin Rolü**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Selma Karabey İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	Halk Sağlığı Dirençli Toplumların Oluşmasında Sosyal Bilimlerden Nasıl Yararlanabilir? **Prof. Dr. Selma Karabey** İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	Dirençli Toplumların İnşasında Sosyolojik Yaklaşımlar **Prof. Dr. Temmuz Gönç Şavran** Anadolu Üniversitesi Sosyoloji Bölümü
	Toplumsal Travmalar Karşısında Psikolojik Direnç: Sosyal Psikoloji Perspektifi **Prof. Dr. Melek Göregenli** Bağımsız Araştırmacı
10.15 - 10.45	Kahve Arası
10.45 - 12.00	**Dirençli Sistemlerin Bir Paydaşı Olarak Yerel Yönetimler**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Mehmet Aktekin Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	Sağlıklı Toplum için Belediye Yaklaşımı **Prof. Dr. Mustafa Akaydın** Eski Antalya Büyükşehir Belediye Başkanı
	Sağlıklı Toplum için İzmir Büyükşehir Belediyesi Yaklaşımı **Prof. Dr. Pınar Okyay** İzmir Büyükşehir Belediyesi Genel Sekreter Yardımcısı
	Yerel Yönetimlerin Halk Sağlığına Katkıları: Ankara Örneği **Mustafa Can** Ankara Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı
12.00 - 13.30	ÖĞLE ARASI
13.30 - 14.45	**İklim Krizine Dirençli Sağlık Sistemleri**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Çiğdem Çağlayan Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	İklim Verilerinin Sağlık Sistemlerine Entegrasyonu **Prof. Dr. Cavit Işık Yavuz** Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	Yeşil Hastaneler ve Karbon Nötr Sağlık Hizmetleri **Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Seval Palteki** SUSTech School of Public Health and Emergency Management, China
	Avrupa'dan Uygulamalarla Türkiye için Politika Önerileri **Doç. Dr. Örgen Uğurlu** Kocaeli Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi

3. GÜN

12 ARALIK 2025 CUMA

HIFZISSIHHA SALONU

15.15 - 16.45	**Vektör Kaynaklı Hastalıklara Dirençli Sağlık Sistemleri**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Tuğrul Erbaydar Okan Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	Türkiye'de Vektörel Hastalıklarda Mevcut Durum **Dr. Seher Topluoğlu** Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Daire Başkanı
	KKKA Özelinde Vektörlerin Yayılım Özellikleri ve Epizootik Durum **Prof. Dr. Zati Vatansever** Kafkas Üniversitesi Veteriner Fakültesi
	Vektörel Hastalıkların Kontrolünde Çok Sektörlü Yaklaşım: Tunceli Örneği **Uzm. Dr. Hakkı Aktaş** Tunceli İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Başkanı
16.45 - 17.00	KAHVE ARASI
17.00 - 17.45	**Aklın Keşfi: Lilith'den Semmelweis'e**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. N.Ercüment Beyhun Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	Prof. Dr. Coşkun Bakar Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
18.45	Anabilim Dalı Başkanları Toplantısı

3. GÜN

KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI

13 ARALIK 2025 CUMARTESİ — 30. YIL SALONU

09.00 - 10.15	**Görünmeyeni Görmek: İntiharın Önlenmesinde Toplumsal İyilik Halinin Geliştirilmesi**
	Oturum Başkanı: Prof. Dr. Aliye Mandıracıoğlu Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	Birey ve Toplum Ruh Sağlığında İntihar Nasıl Ele Alınmalı? **Uzm. Dr. Selin Tanyeri Kayahan** Isparta Yalvaç Devlet Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği
	Türkiye'de İntiharın Önlenmesinde Sağlık Sunucularının Rolü: Neler Yapılıyor, Neler Geliştirilebilir? **Uzm. Dr. Pelin Şavlı Emiroğlu** İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü
	Toplumda Ruhsal İyilik Halinin Geliştirilmesi: İntihar Sorununa Yönelik Yapılması Gerekenler **Prof. Dr. Özge Karadağ** Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
10.15 - 10.30	KAHVE ARASI
10.30 - 11.15	**FORUM:** **Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi: Sorunlar, Beklentiler, Öneriler** • HASUDER Yönetim Kurulu • Halk Sağlığı Anabilim Dalları • Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu • Halk Sağlığı Okulu • HASUDER Araştırma Görevlileri Çalışma Grubu **temsilcilerinin katılımı ve kolaylaştırıcılığıyla**
11.15 - 12.30	**Bildiri Ödülleri** **Kongre Sonuç Bildirgesinin Okunması** **Kapanış**
12.00 - 14.00	ÖĞLE ARASI

2. GÜN

13 ARALIK 2025 CUMARTESİ — HIFZISSIHHA SALONU

09.00 - 10.15	**TTB Halk Sağlığı Kolu Oturumu:** **Toplumsal Cinsiyete Duyarlı Dirençli Sağlık Sistemleri: Politika, Pratik, Mücadele**
	Oturum Başkanı: Dr. Öğr. Gör. Zeynep Sedef Varol İzmir Demokrasi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı TTB Halk Sağlığı Kolu
	Toplumsal Cinsiyete Duyarlı Sağlık Sistemlerinin Temel Bileşenleri ve Göstergeleri **Doç. Dr. Aslı Davas** Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı TTB Halk Sağlığı Kolu
	Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Temelli Sağlık Mücadeleleri: Saha Örnekleri **Dr. Ayşegül Ateş Tarla** Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi
11.15 - 12.30	**Bildiri Ödülleri** **Kongre Sonuç Bildirgesinin Okunması** **Kapanış**
12.00 - 14.00	ÖĞLE ARASI

SÖZLÜ BİLDİRİ PROGRAMI

11 ARALIK 2025 PERŞEMBE

	İSMAİL TOPUZOĞLU SALONU	GAZANFER AKSAKOĞLU SALONU	AHMET SOYSAL SALONU
09.00 - 10.30	**Sözlü Bildiri Oturumu - 1**	**Sözlü Bildiri Oturumu - 2**	**Sözlü Bildiri Oturumu - 3**
	Oturum Başkanı: **Prof. Dr. Coşkun Bakar** Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı	**Oturum Başkanı:** **Dr. Ögr. Üyesi Emine Baran Deniz** Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	**Oturum Başkanı:** **Prof. Dr. Meltem Çöl** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı (Emekli)
	S01, S02, S03, S04, S05, S06, S07, S08	09, S10, S11, S12, S13, S14, S16	S17, S18, S19, S20, S21, S22, S23, S24
10.30 - 10.45	KAHVE ARASI	KAHVE ARASI	KAHVE ARASI
15.45 - 17.00	**Sözlü Bildiri Oturumu - 4**	**Sözlü Bildiri Oturumu - 5**	**Sözlü Bildiri Oturumu - 6**
	Oturum Başkanı: **Doç. Dr. Melike Yavuz** Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	**Oturum Başkanı:** **Prof. Dr. Resul Buğdaycı** Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	**Oturum Başkanı:** **Prof. Dr. Alp Ergör** Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	S25, S26, S027, S28, S29, S30, S31, S32	S33, S34, S35, S36, S37, S38, S39, S40	S41, S42, S43, S44, S45, S46, S47, S48
12.15 - 13.30	ÖĞLE YEMEĞİ	ÖĞLE YEMEĞİ	ÖĞLE YEMEĞİ
13.30 - 15.00	**Sözlü Bildiri Oturumu - 7**	**Sözlü Bildiri Oturumu - 8**	**Sözlü Bildiri Oturumu -9**
	Oturum Başkanı: **Dr. Öğr. Üyesi Aysun Aras** Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	**Oturum Başkanı:** **Doç Dr. Ahmet Naci Emecen** Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	**Oturum Başkanı:** **Doç. Dr. Mehmet Akif Sezerol** Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	S49, S50, S51, S52, S53, S54, S55, S56	S57, S58, S59, S60, S61, S62, S63, S64	S65, S66, S67, S68, S69, S70, S71, S72
15.00 - 15.30	KAHVE ARASI	KAHVE ARASI	KAHVE ARASI
15.30 - 17.00	**Sözlü Bildiri Oturumu - 10**	**Sözlü Bildiri Oturumu - 11**	**Sözlü Bildiri Oturumu - 12**
	Oturum Başkanı: **Prof. Dr. Ethem Erginöz** İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	**Oturum Başkanı:** **Doç. Dr. Asya Banu Babaoğlu** İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	**Oturum Başkanı:** **Prof. Dr. Beyhan Cengiz Özyurt** Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	S73, S74, S75, S76, S77, S78, S79, S80	S81, S82, S83, S84, S85, S86, S87, S88	S73, S74, S75, S76, S77, S78, S79, S80
17.00 - 17.15	KAHVE ARASI	KAHVE ARASI	KAHVE ARASI
17.15 - 18.05	**Sözlü Bildiri Oturumu - 13**	**Sözlü Bildiri Oturumu - 14**	**Sözlü Bildiri Oturumu - 15**
	Oturum Başkanı: **Dr. Öğr. Üyesi Didem Daymaz Yılmaz** Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	**Oturum Başkanı:** **Dr. Öğr. Üyesi Mithat Temizer** Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	**Oturum Başkanı:** **Dr. Öğr. Üyesi Bengü Nehir Buğdaycı Yalçın** Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	S97, S98, S99, S100, S101	S102, S103, S104, S105, S106, S107	S108, S109, S110, S111, S112

SÖZLÜ BİLDİRİ PROGRAMI

12 ARALIK 2025 CUMA

	İSMAİL TOPUZOĞLU SALONU	GAZANFER AKSAKOĞLU SALONU	AHMET SOYSAL SALONU
09.00 - 10.30	**Sözlü Bildiri Oturumu - 16**	**Sözlü Bildiri Oturumu - 17**	**Sözlü Bildiri Oturumu - 18**
	Oturum Başkanı: **Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül Ekemen** Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı	**Oturum Başkanı:** **Prof. Dr. Ferdi Tanır** Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	**Oturum Başkanı:** **Dr. Öğr. Üyesi Berna Bilgin Şahin** Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	S113, S114, S115, S116, S117, S118, S119, S120	**S121, S122, S123, S124, S125, S126, S127, S128**	**S129, S130, S131, S132, S133, S134, S135, S136**
10.30 - 10.45	KAHVE ARASI	KAHVE ARASI	KAHVE ARASI
10.45 - 12.15	**Sözlü Bildiri Oturumu - 19**	**Sözlü Bildiri Oturumu - 20**	**Sözlü Bildiri Oturumu - 21**
	Oturum Başkanı: **Prof. Dr. Çiğdem Çağlayan** Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	**Oturum Başkanı:** **Prof. Dr. Nazım Ercüment Beyhun** Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	**Oturum Başkanı:** **Doç Dr. Zahide Koşan** Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı
	S137, S138, S139, S140, S141, S142, S143, S144	**S145, S146, S147, S148, S149, S150, S151, S152**	**S153, S154, S155, S156, S157, S158, S159, S160**
12.15 - 13.30	ÖĞLE YEMEĞİ	ÖĞLE YEMEĞİ	ÖĞLE YEMEĞİ
13.30 - 15.00	**Sözlü Bildiri Oturumu - 22**	**Sözlü Bildiri Oturumu - 23**	**Sözlü Bildiri Oturumu -24**
	Oturum Başkanı: **Doç Dr. İlker Kayı** Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	**Oturum Başkanı:** **Prof. Dr. Lütfi Saltuk Demir** Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	**Oturum Başkanı:** **Doç. Dr. Hıdır Sarı** Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	S161, S162, S163, S164, S165, S166, S167, S168	**S169, S170, S171, S172, S173, S174, S175, S176**	**S177, S178, S179, S180, S181, S182, S183, S184**
15.00 - 15.30	KAHVE ARASI	KAHVE ARASI	KAHVE ARASI
15.30 - 17.00	**Sözlü Bildiri Oturumu - 25**	**Sözlü Bildiri Oturumu - 26**	**Sözlü Bildiri Oturumu - 27**
	Oturum Başkanı: **Doç. Dr. Elif Okşan Çalıkoğlu** Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	**Oturum Başkanı:** **Dr. Öğr. Üyesi Zehra Kılınç** Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	**Oturum Başkanı:** **Doç Dr. Mehtap Türkay** Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	S185, S186, S187, S188, S189, S190, S191, S192	**S193, S194, S195, S196, S197, S198, S199, S200**	**S201, S202, S203, S204, S205, S206, S207, S208**
17.00 - 17.15	KAHVE ARASI	KAHVE ARASI	KAHVE ARASI
17.15 - 18.05	**Sözlü Bildiri Oturumu - 28**	**Sözlü Bildiri Oturumu - 29**	**Sözlü Bildiri Oturumu - 30**
	Oturum Başkanı: **Dr. Öğr. Üyesi Serdar Karakullukçu** Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	**Oturum Başkanı:** **Dr. Öğr. Üyesi Ömer Faruk Tekin** Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı Anabilim Dalı	**Oturum Başkanı:** **Prof. Dr. Beyhan Cengiz Özyurt** Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
	S97, S98, S99, S100, S101	**S214, S215, S216, S217, S218**	**S219, S220, S221, S222, S223, S224**

SÖZLÜ BİLDİRİ PROGRAMI

12 ARALIK 2025 CUMA

	İSMAİL TOPUZOĞLU SALONU	GAZANFER AKSAKOĞLU SALONU	AHMET SOYSAL SALONU
09.00 - 10.30	**Sözlü Bildiri Oturumu - 31**	**Sözlü Bildiri Oturumu - 32**	
	Oturum Başkanı: **Dr. Öğr. Üyesi Zehra Kılınç** Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	**Oturum Başkanı:** **Prof. Dr. Nurhan İnce** İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	
	S225, S226, S227, S228, S229, S230, S231, S232	**S233, S234, S235, S236, S237, S238, S239**	

SÖZLÜ BİLDİRİ LİSTESİ

S001	**Depreme Hazırlıklı Olma İle Deprem Anksiyetesi Arasındaki İlişki: Adana Örneği** *Ayşe İnaltekin, Burak Mete, Kübra Tok Aslanhan, Ferdi Tanır*
S002	**2025 Bilecik Orman Yangınlarında Havadaki Ek $Pm_{2.5}$ Kirliliğinin Gam Modeliyle Tahmini** *Melike Kutlu, Abdullah Uçar, Elif Köse*
S003	**Küresel Çerçevede ve Türkiye Özelinde Afet Politikaları İle Tarihsel Gelişimi** *Ali Ayberk Arıcan, Nergiz Sevinc, Erkay Nacar*
S004	**Konteyner Kentte Yaşayan Yetişkinlerde Hipertansiyon ve İlişkili Risk Faktörleri: Malatya Örneği** *Ahmet Burak Avcu, Osman Kurt, Aleyna Aslan, İlem Karaca, Ayşe Baran, Harun Kurt, Ali Özer, Metin Fikret Genç*
S005	**Olası Bir Pandemiye Sağlık Çalışanlarının Bakış Açısı ve Kaygı Durumu** *Bilgehan Açıkgöz, Ayşegül Ekemen, Meryem Nisa Özdel, Ferruh Niyazi Ayoğlu*
S006	**Türkiye'de Valilik ve Kaymakamlık Web Sitelerinde Afet Yönetimi İçeriği Durumu** *Mahmut Talha Uçar, Selen Gürsoy Turan, Tülin Çoban, Tuğba Meliha Fatma Ercan, Aylin Sönmez Gün, Bükre Çıkman, Fulya Özder Taş, Reyhan Can Yıldız, Feyza Dereli, Turhan Sofuoğlu, Arda Borlu, Elif Dönmez, Cavit Işık Yavuz, Elçin Balcı*
S007	**2023 Kahramanmaraş Depremi Sonrası 11 İlde Ek Bebek Ölüm Hızı Tahmini: Gam Tabanlı Zaman Serisi Analizi** *Melike Kutlu, Abdullah Uçar, Elif Köse*
S008	**Deprem Sonrası Dönemde Bireylerin Hijyen Davranışlarının Değerlendirilmesi: Adıyaman Örneği** *Osman Küçükkelepçe, Osman Kurt*
S009	**Kadınların Üçüncü El Sigara Dumanı Farkındalıklarında Sigara Kullanımı Öz Etkiliğin ve Sağlık Anksiyetesinin Etkisi** *Eda Yakıt Ak, Zeynep Oğul, Özden Tandoğan*
S010	**Yetişkin Obezitesindeki Sosyoekonomik Eşitsizliklerde Türkiye'nin Konumu: Cinsiyete Özgü ve Bölgesel Bir Değerlendirme** *Atalay Aktuna, Işıl Ergin, Merve Akbayrak, Hür Hassoy*
S011	**Türkiye'de Tıp Öğrencileri Arasında Psikolojik Tütün Bağımlılığının Değerlendirilmesi: Kesitsel Bir Çalışma** *Aleyna Aslan, Osman Kurt, Ahmet Burak Avcu*
S012	**Tıp Fakültesine Başlayan Öğrencilerin İki Yıllık Süreçte Tütün Kullanım Sıklığı Değişimi ve Etkileyen Faktörler** *Büşra Yetiş, Türkan Günay*
S013	**İntern Hekimlerde Kumar Oynama Davranışı İle İlişkili Faktörler, Kesitsel Bir Araştırma** *Zeynep Oran, Aslı Davas, Meltem Çiçeklioğlu*
S014	**Tütün Kontrolünde Chaid Karar Ağacı İle Sigara Bırakmak İsteyen Kişilerin Profillenmesi** *Meryem Merve Ören Çelik, Burcu Özkan, Sevde Sancar, Gülsüm Nurhan İnce*
S015	**Bir Tıp Fakültesindeki İntern Doktorların Tütün Ürünleri Hakkında Bilgi Düzeyleri ve Kullanma Durumları** Ayşe Nur Taştekin Ayvalı, Elif Mehpare Tuğral, Elif Okşan Çalıkoğlu, Gözde Öztürk, Meryem Acele Akpek, Neriman Aydın, Seyhan Durman
S016	**Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Depresyon, Anksiyete ve Uyku Kalitesinin Sigara Kullanımı İle İlişkileri: Türkiye'de Bir Kesitsel Çalışma** *Ahmet Burak Avcu, Zehra Ulubaba, Umut Emin Ünlü, Nazım Ünlü, Sevde Türkmenoğlu, Münira Nazlı Doğan, Şevval Üner, Ceren Uçar, Eylül Vural, Adulnur Uçar, Numan Ülgen, Deniz Türkmen*
S017	**From Past Lessons To Future Readiness: A Qualitative Study On Pandemic Preparedness** *İsmail Hakkı Tunçez, Elif Dönmez, Bülent Kılıç*
S018	**Sıtma Araştırmalarında Küresel Eğilimler ve Türkiye'Nin Konumu** *Yağmur Ekenoğlu Merdan, Güzin Ateş Özbey*
S019	**Bilecik İlinde 2015-2024 Arası Aşı Reddi Eğilimleri: 10 Yıllık Bir Değerlendirme** *Mehtap Yücel*
S020	**Farklı Etnik Gruplarda Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Tutumlara Etkisi** *Ahmet Bütün , Vasfiye Bayram Değer*
S021	**Menemen, İzmir'de 1181 Covıd-19 Olgusunun Epidemiyolojik ve Klinik Özellikleri: Tanımlayıcı Bir Çalışma** *Gökben Yaslı, Gülper Şener*
S022	**Youtube'daki HPV Aşısı Bilgilerinin Kalitesi ve Güvenilirliği: Çoklu Değerlendirme Ölçekleri Kullanan Kesitsel Bir Çalışma** *Didem Yüzügüllü, Özlem Kızıltaş*
S023	**Maymun Çiçeği Hastalığı ve Aşılamaya Yönelik Bilgi, Tutum ve Görüşler** *Ali Ayberk Arıcan, Nergiz Sevinç, Erkay Nacar, Resil Coşkun*
S024	**Tıp Fakültesi Dönem Altı Öğrencilerinin HPV Bilgi Düzeylerinin, Farkındalıklarının Değerlendirilmesi** *Doğukan Yardımcı, Didem Daymaz Yılmaz, Meral Saygun*
S025	**Erzurum'Da Hava Kirliliği Politikalarının Halk Sağlığı Açısından Değerlendirilmesi (2017–2025)** *Esra Daharlı*
S026	**The Relationship Between Value Orientations And Pro-Environmental Behaviors: The Mediating Role Of Personality Social Responsibility** *Sevgi Tulupcu, Feyza Bardak*
S027	**Hava Kirliliği Düzeyleri İle Ölüm Sayıları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi: Bir Metropolde, 7 Yıllık Takip "Evaluation Of The Relationship Between Air Pollution Levels And Mortality: A 7-Year Follow-Up İn A Metropolitan City"** *Sümeyye Nur Aydın, Merve Yılmaz, Günay Can*
S028	**Üniversite Öğrencilerinde Ekolojik Ayak İzi Farkındalığı Düzeyleri ve İlişkili Faktörler** *Mehmet Akan, Aslıhan Toraman, Ezel Bilge Yerli, Sinan Yılmaz, Zahide Koşan*
S029	**Ekolojik Ayak İzi Farkındalığı ve Sağlığı Koruma Davranışlarının X, Y, Z Kuşakları Açısından Değerlendirilmesi** *Melis Uçar Erincin, Asya Banu Babaoğlu, Mustafa Agah Tekindal*
S030	**Geleceğin Hekimleri Kaygılı: Tıp Öğrencilerinin Küresel Isınma Konusundaki Farkındalığı ve Kaygısı** *Meryem Merve Ören Çelik, Beyza Püren Selcan Gündoğdu, Gökçe Hazar Otçu, Tarık Yahya Hasanusta, Ayşe Emel Önal*
S031	**Göz Ardı Edilen Bir Toprak Kirleticisi: Sigara İzmaritleri ve Oluşturduğu Ağır Metal Kirliliği** *Kevser Erdoğan, Ali İhsan Bozkurt, Murat Arslan, Nurgül Bozkurt*
S032	**Ordu İlinde Son Beş Yılın Yüzme Suyu Kalitesinin Değerlendirilmesi** *Ayşenur Beyazıt Üçgün*
S033	**Etnik Gruplarda Yenidoğan Taramaları Hakkında Annelerin Bilgi ve Tutumları İle Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki** *Ahmet Bütün, Vasfiye Bayram Değer, Havva Kaçan*
S034	**Çocuklarda Erken Ergenlik: Antropometri, Yaşam Tarzı ve Çevresel Etkenlerin Değerlendirilmesi** *Kürşat Çetin, Emsal Çetin, Mesut Parlak, Hale Tuhan*
S035	**Ailelerde Duygusal Yemenin Çocukların Kahvaltı, Kantin Alışkanlığı, Antropometrik Ölçümü İle İlişkisi** *Esra Hacılar, Lütfi Saltuk Demir*
S036	**Selçuklu İlçesinde Eğitim Araştırma Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuranların Yenidoğan Taramalarında Sağlık Hizmetleri Sistemine Çok Boyutlu Güven Ölçeği Düzeyi İle Sağlık Okuryazarlığı ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi** *Zeynep Sarı Gökoğlu, Fatih Kara*
S037	**Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hekimlerinin Yan Dal Tercihlerini Etkileyen Faktörler** *Özlenur Akın, Mustafa Şenol Akın, Nimetcan Mehmet Orhun*
S038	**Doğu Anadolu Bölgesinde Kırsal Bir İlçede 1-4 Yaş Çocukların Gelişme Durumu** *Kübra Göksu, Furkan Öztürk, Mehmet Ertan Güner, Mustafa Enes Özden*
S039	**2023 Depremlerinin Bebek Ölüm Hızına Etkisi: Mekânsal ve Sosyoekonomik Analiz** *Mithat Temizer, Kübra Çiçek, Berna Bilgin Şahin*
S040	*Ergen Sağlığı Eğitiminde "Kimse Geride Bırakılmasın": Güneydoğu Sınırında Saha Uygulaması* *Ecenur Yağcı, Safiya Tik, Rozelin Akengin*
S041	**Kocaeli İlindeki İtfaiyecilerde Genel Sağlık Durumu ve Psikososyal Risklerin Değerlendirilmesi** *Mehmet Ertan Güner, Ahmet Alp Aker*
S042	**Ankara Büyükşehir Belediyesi'nde İş Kazalarının Önlenmesi: Kök Neden Analizine Dayalı Adaptif İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) Yönetim Sistemi** *Mustafa Can*
S043	**Bir Kayak Merkezinde Çalışanların Ruh Sağlığı Etkilenimlerinin İş Güvenliği Kültürü İle İlişkisi** *Alp Er Tunga Ünal, Gülsüm Nurhan İnce, Sevgi Canbaz*
S044	**Bir Üniversite Hastanesinde Gürültü ve Partikül Madde Ölçümleri: 2023-2025 Yılları Değerlendirmesi** *Esra Hacılar, Rabia Çandır, Lütfi Saltuk Demir, Hasan Küçükkendirci, Mustafa Kürşat Ayrancı, Hakan Kaban, Halil Çelik*
S045	**Üniversite Hastanesi Çalışanlarında Sosyodemografik Özellikler ve Çalışabilirlik** *İpek Gündoğdu, Yücel Demiral*
S046	**Engelli ve Engelsiz Çalışanların Örgütsel Bağlılık ve İş Performanslarının Karşılaştırılması** *Nergis Kayacan, Ezgi Sarıkız, Atalay Aktuna*

SÖZLÜ BİLDİRİ LİSTESİ

S047	**Manisa'da Bir Küçük Sanayi Sitesinde 18 Yaş ve Altı Çalışanlarda İş Kazası Sıklığı ve Çalışanların İş Sağlığı Güvenliği Farkındalığı** *Sedat Yiğit, Ahmet Furkan Taşcı, Tolga Muhammed Önce, Kumsal Vural, Bensu Canbey, Muhammed Özkaya, Fatma Pelin Yayla, Fatma Yolcu, Mustafa Karakuzu, Utku Başeğmez, Özge Durmuş, Beyhan Cengiz Özyurt*
S048	**Manisa Yunusemre Kenan Evren Sanayi Sitesinde 15-64 Yaş Arası Çalışanlarda İş Kazası Sıklığı ve Etkileyen Faktörler** *Vildan Küçüksümbül, Salih Küçükgöl, Arif Kandemir, İsmail Şahin, Mehmet Hakan Türk, Yiğit Eren, Riyadh Saeed, Atabay Alıyev, Eren Şentürk, Beyhan Cengiz Özyurt*
S049	**Electronic Cigarette Use, Addiction Level, Sensory Expectations And Predictive Factors Among Medical Faculty Students** *Neşe Yakşi, Perihan Koçak Kavruk, Nehir Yüksel*
S050	**Bağımlılıkla Mücadele Tazeleme Eğitimi Programının Değerlendirilmesi** *Merve Tokatlı Doğan, Mehmet Burhan Küçükoğlu, Pelin Şavlı Emiroğlu, Sümeyye Nur Aydın*
S051	**Bağımlılık Danışma Birimine Başvuran Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Tedaviye Yönlendirilme Durumlarının Değerlendirilmesi** *Abdullah Emre Güner, Pelin Şavlı Emiroğlu, Merve Tokatlı Doğan, Mehmet Burhan Küçükoğlu, Sıla Canbal*
S052	**Nikotin Bağımlılığı ve Solunum Semptomları: Sigara Kullanan Yetişkinlerde Kesitsel Bir Ön Araştırma** *Hasan Durmuş, Elçin Balcı, Halime Şentürk, Tuğba Coşkun, Yasin Kavla, Yavuzalp Solak*
S053	**Dünya Sağlık Örgütü Üyesi Ülkelerin Mpower Stratejileri, Tütün Kullanma Durumları ve Tütün Endüstrisi Sızma İndeksi Değerleri Açısından İncelenmesi** *Kevser Erdoğan, Mahmut Talha Uçar, Şeyma Yüsra Soğanda, Nur Sima Sekban, Esra Çiçek, Ilgın Tımarcı Becerik, Sevinç Sütlü, Evrim Arslan, Özen Aşut, Raika Durusoy, Ayşe Ferdane Oğuzöncül, Nureddin Özdener, Dilek Aslan*
S054	**Fabrika İşçilerinin Tütün Kullanım Alışkanlıkları, Bırakma Motivasyonları ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi Bir Müdahale Çalışması Öncesi Kesitsel Araştırma** *Mahmut Talha Uçar, Şeyma Baki, Abdüllatif Aslan, Sena Güme, Nurbanu Aslandağ*
S055	**Türkiye'de Sigara Kullanımına Bağlı Trakea, Bronş ve Akciğer Kanseri Eğilimi:1990-2023 Gbd Analizi** *Hümeyra Yılmaz*
S056	**Bir Küçük Sanayi Sitesinde Çalışanlarda Sigara Kullanım Sıklığı ve Sigara Kullanımını Etkileyen Faktörler** *Beyhan Cengiz Özyurt, Sedat Yiğit, Vildan Küçüksümbül*
S057	**Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Hastalığı Farkındalığı Ölçeği (KKKA-HFÖ): Ölçek Geliştirme, Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması** *Gülay Yılmazel, Ayşe Çalmaz, Emre Keleş*
S058	**Aşı Karşıtlığı ve Aşı Reddi: Nedenleri, Sonuçları ve Çözüm Önerileri** *Hatice Afacan, Nergiz Sevinç, Didemnur Doğan*
S059	**Çocukluk Çağı Aşılarında Ebeveyn Kararları: Tereddüt ve Motivasyonlar Üzerine Niteliksel Bir Çalışma** *Zeynep Tüzün, Zeynep Meva Altaş, Seyhan Hıdıroğlu, Fatma Berna Çörekci, Amine Avcı, Zeynep Asmin Kaya, Gizem Çavuş*
S060	**Türkiye'de Tüberkülozun İl Düzeyindeki Belirleyicileri: Kentsel Sağlık Göstergelerinin Analizi** *Mine Yenice, Nilay Etiler*
S061	**Aile Sağlığı Çalışanı Aşı İletişimi Eğitiminin Gebelerde Grip Aşısı Kabulüne Etkisi: Bir Müdahale Araştırması** *Burcu Ecem Uğuz, Özüm Yolcu, Fatma Güven, Leyla Üçeş Harmanoğulları, Aslıhan Ardıç Çobaner, Emine Boynukara, Caferi Tayyar Şaşmaz*
S062	**Aşı Tereddüdü Olan Bireylerin Bağışıklanma Hakkındaki Görüşleri: Niteliksel Bir Çalışma** *Özden Erdem, Nazan Çalbayram, Rüveyda Ölmez Yalazı*
S063	**Mersin'de Üniversite Öğrencilerinde Komplo Zihniyeti ve Aşıya İlişkin Tutumun Araştırılması** *Deniz Erdal, Tayyar Şaşmaz*
S064	**Bir İldeki Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Vakalarının Retrospektif Olarak İncelenmesi: 2002-2024** *Hümeyra Yılmaz, Rıza Çıtıl, Mücahit Eğri*
S065	**Türkiye'de 1990–2021 Yılları Arasında Şizofreniye Bağlı Hastalık Yükünün (Daly) Zamansal Eğilimleri: Joinpoint Regresyon Analizi** *Ali Köse, Zeynep Sedef Varol, Gül Ergör*
S066	**Bir Kamu Hastanesinin Aile Hekimliği Polikliniklerine Başvuran Hipertansiyon Hastalarının Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ve Hastalıkları Konusunda Tanımlayıcı Bir Araştırma** *Nur Sima Sekban, Ahmet Ünal, Dilek Aslan*
S067	**Manisa'da 18-64 Yaş Arası Bireylerde Obezite Farkındalığı ve Obez Bireylere Yönelik Tutum** *İlknur Oruç Özdemir, Berna Bilgin Şahin, Nur Pınar Bacaksız, Yiğit Bozkurt, Petek Çetin, Necati Berk Ersöz, Berkay Hergül, Nazlı Selen Kürbüz, A. Kaan Mutlu, Sıla Sağnak*
S068	**Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuranlarda Kanser Taramaları Bilgi, Tutum ve Davranışları** *Mert Aykut Akbulak, Meltem Çöl*
S069	**Serviks Kanseri Taramasına Toplum Katılımına Yönelik Telefonla Davet Yöntemi** *Mustafa Enes Özden, Yasemin Yener, Mehmet Ertan Güner, Furkan Öztürk, Mehmet Faruk Kınay, Sultan Eser*
S070	**Doğankent Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesi'nde Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 50 Yaş ve Üzeri Kişilerde Diyabet Varlığı İle Diyabet Öz-Yönetim Durumunun İncelenmesi** *Hatice Merve Sadıkoğlu, Fatma İrem Dağlı, Ayça Nur Arslanpınar, Ertan Kara*
S071	**Zonguldak İlinin Bir İlçesindeki Kişilerin Vücut Kitle İndekslerinin Değerlendirilmesi: Kesitsel Çalışma** *Rabia Çukurlu*
S072	**Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Bireylerde Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Düzeyi ve Katılım Durumunu Etkileyen Faktörler** *Seçil Nur Kantaş, Bülent Kılıç*
S073	**Beş Yıldızlı Bir Otelin Personel Yemekhanesinde Akut Gastroenterit Salgını, Antalya, 2025** *Gamze Akın Özkara, Eda Karadoğan, Ebru Saraçoğlu, Ali Hamarat, Elif Yalçın, Çağla Evrim Erkal, Hacer Nur Yüce, Mestan Emek*
S074	**Antalya İlinde Görülen Non-Tifoidal Salmonella Enfeksiyonlarının Epidemiyolojik Özellikleri** *Eda Karadoğan, Ebru Saraçoğlu, Ali Hamarat, Gamze Akın Özkara, Elif Yalçın, Çağla Evrim Erkal, Hacer Nur Yüce, Mestan Emek*
S075	**Sağlık ve Spor Bilimlerinde Öğrenim Gören Öğrencilerin Tetanoz Hastalığı ve Aşısına Yönelik Bilgi Ölçeği (Tetanoz-Habö): Ölçek Geliştirme, Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması** *Gülay Yılmazel, Ayşe Çalmaz, Burcu Daysal Güler, Emre Keleş*
S076	**İstanbul Okan Üniversitesi Öğrencilerinin Aşıya İlişkin Tutumları ve İlişkili Faktörler** *Özge Acar, Fatma Tuba Akdeniz, Başak Bölükbaşı, Selim Dündar, Elif Seda Gürkan, Hadi Karimkhan, Tuğrul Erbaydar*
S077	**Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Yetişkinlerin Aşıya Yönelik Tutumlarının Ahlaki Temeller Ölçeği İle İlişkisi: Kütahya İli Örneği** *Ömer Faruk Tekin, Muhammed Furkan Demir, Habib Sarıkaya*
S078	**Antimikrobiyal Direnç Konusunda Türkiye'De Yapılan Tez Çalışmalarının Değerlendirilmesi** *Sibel Gürbüz, Gamze Ketrez, Muhammed Atak*
S079	**Bir Üniversite Hastanesinde Çocuk Polikliniğine Başvuran Ebeveynlerin Aşı Kararsızlığı ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi** *Selma Kamacı Sivaz, Türkan Günay*
S080	**Türkiye İçin Üretilecek Yeni Meningokok Aşısının Maliyet Etkililik Analizi** *Mahir Tosunoğlu, Mert Abay, Alper Akpınar, Melih Kaan Sözmen, Bülent Kılıç*
S081	**Birinci Basamakta Kanser Taramalarına Katılımı Etkileyen Faktörlerin Niteliksel Olarak Değerlendirilmesi** *Seçil Nur Kantaş, Bülent Kılıç*
S082	**Pubmed'de, Olumsuz Çocukluk Deneyimleri ve Obezite İlişkisini İnceleyen Yayınların Değerlendirilmesi** *Doğukan Yardımcı, Hilal Yazıcı, Beyza Nur Özkan, Elif Başak Özkan, Bünyamin Yalçınkaya, Ahmet Ertem, Zeliha İlgiz Mermer, Mete Demirel, Benay Topsaç, Buse Tayyibe Ertuğrul, Nuri Kılıç, Burak Çağrı Yıldız, Didem Daymaz Yılmaz*
S083	**Manisa'da Seçilen İki Bölgede 40-69 Yaş Arası Kadınlarda Meme Kanseri Tarama Sıklığı ve İlişkili Faktörler** *Sedat Yiğit, Pınar Erbay Dündar, Oğuz Zengin, Serhat Avşar, Murat Eren Solak, Elif Yıldırım, Zeynep Özgün, İrem Aktürk, Buse Bozdemir, Berk Gündoğdu*
S084	**Manisa'da Seçili İki Bölgede 18-64 Yaş ve Aralığındaki Bireylerin Fiziksel Aktivite Sıklığı ve İlişkili Faktörler** *Sedat Yiğit, Pınar Erbay Dündar, Selamettin Ünlü, Helin Akdoğan, Doğa Bıyık, Şeyda Nur Kurt, Selman Tunay Kalkan, Doğukan Ateş, Erdem Çatalsarık, Mert Özkan*

SÖZLÜ BİLDİRİ LİSTESİ

S085	**Türkiye'de Hematolojik Kanserlere Bağlı Erken Ölümler: Ortalama Yaşam Süresi Kısalması 2011-2020** *Serap Baysal, Burcu Tokuç, Mehmet Baysal, Gamze Varol, Seval Akpınar*
S086	**Kronik Hastalık Yönetimi ve Manisa Kent Merkezinde Aile Hekimlerinin Hastalık Yönetim Platformu (Hyp) Uygulamaları** *Yunus Özkaya, Erhan Eser*
S087	**Sağlık Çalışanlarının Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi ve Davranışları: Birinci Basamak Örneği** *Pelin Şavlı Emiroğlu, Beril Kara Esen, Büşra Sandıklı*
S088	**Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Anketi Hizmet Sunucu (Kbdhs) Sürümünün (Assessment Of Chronıc Illness Care-Acıc) Türkçe Geçerliliği ve Güvenilirliği** *Yunus Özkaya, Erhan Eser*
S089	**Üniversite Öğrencilerinin Küresel Sosyal Sorumluluk Düzeyleri: İklim Değişikliği Endişesi ve Gelecek Kaygısı** *Ümmühan Okur, Feyza Bardak*
S090	**Türkiye'de 2024 Yılında Meydana Gelen Hava Kirliliğine Atfedilen Akciğer Kanseri Nedenli Ölümlerin Airq+ Programı İle Değerlendirilmesi** *Durdunaz Ok, Melike Yavuz, Çiğdem Çağlayan*
S091	**Türkiye'de 2024 Yılında Hava Kirliliğine Atfedilen Dolaşım Sistemi Hastalıkları Ölümleri: Airq+ Modeli İle Bir Değerlendirme** *Naime Akdaş, Melike Yavuz, Çiğdem Çağlayan*
S092	**Kırklareli İli 2024-2025 Yılları İçme-Kullanma Suları Analiz Sonuçlarının Karşılaştırılması** *Aylin Can, Halit Emin Alıcılar, Çiğdem Cerit, Esra Dartay*
S093	**Adölesanlarda Çevre Sorunlarına Yönelik Tutum Ölçeğinin Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi** *Feyza Bardak, Sevgi Tulupcu*
S094	**Balıkesir İli 2017-2024 Yılları Arası Evsel Atık Miktarının Değişimi ve Gelecek Projeksiyonu** *Dursun Yasemin Yayla Keskin, Murat Aysin*
S095	**Bir Atık Ara Depolama Tesisindeki Sağlık Sektörü Kaynaklı Tehlikeli Atıkların Değerlendirilmesi** *İlknur Ayvaz, Nimet Emel Lüleci*
S096	**The Impact of Atopy on Chronic Urticaria Exacerbation** *Sengul Aksakal*
S097	**Sağlıklı Hayat Merkezine Başvuran Kadınlarda Meme Kanseri Endişesi İle Meme Kanseri ve Taramalarına İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi** *Mehmet Akif Sezerol, Kezban Yavuz Emik*
S098	**Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinde Gelecek Kaygısı Uzmanlık Alan Seçimini Etkiler mi? Kesitsel Bir Çalışma** *Hatice Eftal Şeyda Kanal, Onur Ergün*
S099	**Contemplation and Action on Leaving Homeland: A Mixed-Methods Study Among Physicians in Türkiye** *Elif Demirtaş, İlker Kayı*
S100	**Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Uzmanlık ve Kariyer Seçimleri İle İlgili Düşünceleri ve Etkileyen Faktörler: İki Merkezli Bir Çalışma** *Abdullah Sarıöz, Seyhan Hıdıroğlu, Ayşenur Sandal Kılıç, Saadet Alara Aktuğlu, Buğu Azizoğlu, Asya Tahire Meşeli, Hilal Öksüz, Hasan Alp Tuncay*
S101	**Halk Sağlığı Uzmanlarının Sorunları ve Çözüm Önerileri, Toplantı Notları Üzerinden Nitel Bir İnceleme** *Öykü Turunç, Bülent Kılıç, Derya Çamur, Bengü Nehir Buğdaycı Yalçın, Zehra Kılınç, Mine Yenice, Beyhan Cengiz Özyurt*
S102	**Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Gelecekte Çocuk Sahibi Olma İsteği ve İlişkili Etmenler** *Hatice Eftal Şeyda Kanal, Onur Ergün, Oğuzhan Gözükara, Rıza Çıtıl*
S103	**Geniş Aile Yapısının Boşanma, Doğum ve Evlenme Eğilimleri Üzerindeki Rolü** *Vildan Şerife Kara, Medine Kocamanoğlu*
S104	**Algılanan Stres Düzeyi Arttıkça Problemli Chatgpt Kullanımı da Artıyor mu? İntern Hekimler Üzerinde Bir Çalışma** *Vildan Şerife Kara, Zeynep Sarı Gökoğlu, Fatih Kara*
S105	**Hastane Çalışanlarında Fazla Kilololuluk/Obezite ve Yeme Tutumu İlişkisi: Vaka Kontrol Çalışması** *Çiğdem Savaş Duman, Bahar Güçiz Doğan*
S106	**Konteyner Kentte Yaşayan Yetişkinlerde Obezite ve İlişkili Risk Faktörleri: Malatya Örneği** *Aleyna Aslan, Metin Fikret Genç, Osman Kurt, Ahmet Burak Avcu, Ayşe Baran, Ali Özer, Harun Kurt*
S107	**Bölgesel Analiz: Koruyucu Sağlık Hizmetleri İle Sezaryen Oranları Arasındaki İlişki** *Vildan Şerife Kara*
S108	**Yapay Zeka Okuryazarlığı İle Yapay Zeka Kaygı İlişkisi: Tıp Fakültesi Asistan Hekimleri Örneği** *Yasemin Durduran, Esra Hacılar, Hasan Küçükkendirci, Mehtap Yücel, Lutfi Saltuk Demir*
S109	**Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinde Yapay Zeka Araştırması: Kesitsel Bir Çalışma** *Nurhan Meydan Acımış, İklil Ayberk Saraç*
S110	**Trabzon İlinde Yaşayan 20 Yaş ve Üstü Bireylerde Teknoloji Bağımlılıkları Prevalansı ve Etkileyen Faktörler** *Behiye Şahbaz, Nazım Ercüment Beyhun, Hilal Çankaya, Ümmügülsüm Özel, Murat Topbaş, Serdar Karakullukçu, Sevil Turhan*
S111	**Sağlık Alanında Yapay Zekâ Uygulamaları ve Etik Düzenleme Gereksinimleri** *Sümeyye Şimşek*
S112	**Teknolojinin Kullanımı Sağlık Alanındaki Akademik Çalışmalara Nasıl Yön Verdi: Dijital Sağlık, Mobil Sağlık, E-Sağlık, Teletıp ve Yapay Zekâ Konulu Tezlerin Bibliyometrik Analizi** *Muhammet Ali Bölükbaş, İnci Arıkan, Ece Arık, Buse Turan*
S113	**Türkiye'de Yıllara Göre Anne ve Çocuk Mortalitesi: Bölgeler Arası Sağlık Eşitsizliği Analizi** *Agah Ercömert*
S114	**Türkiye'de Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ve Çocuk Mortalitesi Arasındaki İlişkinin Bölgesel Analizi** *Agah Ercömert, Ayşe Akın*
S115	**Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Engelli Bireylere Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi** *Onur Baydar, Aliye Mandıracıoğlu, Didem Aytimur*
S116	**"Afrikalı Olduğum İçin" Cinsel Sağlık Hizmetlerine Erişimde Görünmeyen Sınırlar: Niteliksel Çalışma** *Rumensha Iddris, Nuray Özgülnar*
S117	**Yaşlılarda Dijital Eşitsizlik, Kültürel Sermaye ve Sağlık Durumu İlişkisi** *Fatih Tolga Ertürk, Ali Köse, Esra Mert, Mehmet Emin Arayıcı, Hatice Şimşek*
S118	**Meclis Tutanaklarında Mevsimlik Tarım İşçiliği: 2020-2025 Dönemi Eleştirel Söylem Analizi** *Buğra Taygun Gülle, Büşra Tozduman*
S119	**Romanların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetine Erişim: İstanbul'da Kesitsel Bir Çalışma** *Pelin Şavlı Emiroğlu, Büşra Albayrak, Burhan Küçükoğlu, Tuğsem Üzer, Ali Kırbaş*
S120	**Göçmen Mevsimlik Tarım İşçilerinin Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Bilgi Düzeyi ve İlişkili Etmenler: Tokat İl Örneği** *Hatice Eftal Şeyda Kanal, Kamer Kalip*
S121	**Toplumda Yeni Aşılara Yönelik Tutumda Farklılaşma ve Benzeşmeler: Nitel Bir Çalışma** *Merve Güleç, Mizgin Sünbül, Burcu Kümbül Güler, Bülent Kılıç*
S122	**Çalışma Yaşamındaki Suriyeli Göçmen İşçiler: Bir Sistematik Derleme** *Mizgin Sünbül, Alp Ergör*
S123	**İzmir Büyükşehir Belediyesinde Göçmenlerle Çalışan Psikososyal Destek Profesyonellerinin Çalışma Yaşamı İle İlgili Risk Faktörleri ve Başa Çıkma Stratejileri Üzerine Nitel Bir Çalışma** *İbrahim Erol, Ceyda Şahan*
S124	**Türkiye İş Kurumu (İŞKUR) Gençlik Programına Katılan Üniversite Öğrencilerinde İş Sağlığı Okuryazarlığı Düzeyi** *Hasan Durmuş, Tuğba Coşkun Aslan, Bora Karadağ, Ömer Torun, Arda Borlu*
S125	**Demir-Çelik Sanayi Çalışanlarının İş Kazaları ve Demografik Analizleri** *Didemnur Doğan, Ali Ayberk Arıcan, Nergiz Sevinç, Erkay Nacar, Bora Çekmen*
S126	**Sosyal Güvenlik Kurumu Verilerine Göre Türkiye'de 2015-2024 Yıllarında Gerçekleşen İş Kazalarının Değerlendirilmesi** *Duygu Kavuncuoğlu, Esra Daharlı*
S127	**Doğankent Sağlık, Eğitim ve Araştırma Bölgesinde Çalışan Yetişkinlerin Sağlık Durumu Üzerine Bir İnceleme** *Ayça Nur Arslanpınar, Ferdi Tanır, Burak Mete*
S128	**Bir İnşaat Şantiyesinde Çalışanların İş Güvenliği Kültürünün Nosaq-50 Ölçeği İle Değerlendirilmesi** *Firdevs Büşra Korkmaz, Ayşe Emel Önal, Sevgi Canbaz*
S129	**İlkokul 1. Sınıf Öğrencilerinde Malnütrisyon ve Hane Halkı Besin Güvencesizliği İlişkisi** *Fatma Nur Kızılkaya, Türkan Günay*
S130	**Refractive Erros And Correction Methods Among Military Contingents: Assesment Of Awareness Level Regarding Opthalmologic Traumas** *Sevinc Orucova*

SÖZLÜ BİLDİRİ LİSTESİ

S131	**Türkiye'de Motosiklet, Bisiklet ve Elektrikli Skuter Kazalarının Yıllara Göre Değişiminin Değerlendirilmesi: Ekolojik Bir Çalışma** *Emine Gökçen Selçuk, Serap Baysal, Eşref Selçuk*
S132	**Antalya İli Bir Merkez İlçesinde İlk ve Ortaokul Öğrencilerinde Obezite Sıklığı** *Emsal Çetin, Ali İhsan Bozkurt*
S133	**The Effect Of A Self-Compassion Development Program On Bullying And Victimization Among Middle School Student** *Özge Çalıklar, Hasibe Kadıoğlu*
S134	**Doğu Anadolu Bölgesi'nde Kırsal Özellikteki İki İlçenin Köy Okullarında Gerçekleştirilen Sağlık Taraması Sonuçları** *Mehmet Ertan Güner, Furkan Öztürk, Melisa Kesik, Kamer Billur Yücel Özden, Melis Şentürk, Mehmet Faruk Kınay, Buket Güngörmüş, Mehmet Salih Tendir, Ali Baran Naslı, Gözde Çebi Gündüz, Fatih Yapar, Eda Nur Tuğsuz, Yağızalp Sevinç, Ayşe Şahin, Mustafa Enes Özden*
S135	**Türkiye'de Son 10 Yılda Estetik Girişimlere Yönelik Toplumsal İlgi: Google Trends Temelli Bir Zaman Serisi Analizi** *Tahsin Gökhan Telatar, Şule Allahverdi*
S136	**İzmir Büyükşehir Belediyesi 2024 Yılı Ölüm Verilerinin Değerlendirilmesi** *Ferhat Yıldız, Ahmet Soner Emre, Pınar Okyay*
S137	**Kanal HASUDER'de 2024–2025 Yayın Döneminde Gerçekleştirilen Webinerlerin İzlenme Özellikleri** *Mehtap Yücel, Burcu Ecem Uğuz, Bengü Nehir Buğdaycı Yalçın, İlke Üçüncü, İpek Gündoğdu, Esra Hacılar, Lütfi Saltuk Demir*
S138	**Hastane Çalışanlarında Bel Ağrısı Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi** *Mehmet Boz, Gülseda Boz, Onur Selçuk Yiğit*
S139	**Akademik Personelde Küresel Isınma ve İklim Değişiklikleri Farkındalığı: Tanımlayıcı Çalışma** *Didem Daymaz Yılmaz, Nimet Tekin, Doğukan Yardımcı, Meral Saygun*
S140	**Gençlerin İklim Değişikliği ve Ruh Sağlığı Üzerindeki Etkilerine İlişkin Bakış Açılarının Değerlendirilmesi: Üniversite Öğrencilerinde Kesitsel Bir Çalışma** *Sümeyye Nur Aydın, Büşra Kara, Hazal Cansu Çulpan, Uğurcan Sayılı, Mehmet Sarper Erdoğan, Ethem Erginöz, Günay Can*
S141	**İklim Değişikliği ve Suyla İlişkili Hastalıklar: Bibliyometrik, Bilgi Haritalama, İçerik ve Konu Modelleme Analizi** *Serdar Karakullukçu, İrem Dilaver, Fatih Gürcan, Murat Topbaş, Ömer Faruk Savaş, Nazım Ercüment Beyhun*
S142	**Türkiye'de Kuraklık ve Su Krizi: İklim Değişikliği, Su Yönetimi ve Halk Sağlığı Perspektifi** *Nergiz Sevinç, Didemnur Doğan, Resil Coşkun*
S143	**İklim Değişikliği ve Yaşlı Çalışanlar** *Belgin Oral*
S144	**Kent İle Sağlık İlişkisini İrdeleyen Tezlerin Bibliyometrik Analizi** *Ahmet Furkan Süner, Ahmet Can Bilgin*
S145	**Türkiye'de Karşılanmamış Sağlık Hizmeti İhtiyacının Belirleyicileri: Ulusal Ölçekte Toplum Tabanlı Bir Kesitsel Çalışmanın İkincil Veri Analizi** *Huriye Çoban, Melike Yavuz, Cem Turan, Çiğdem Çağlayan, Ahmet Alp Aker*
S146	**Toplum Eczacılarının Halk Sağlığı Rollerinin Değerlendirmesi** *Şeyma Halaç, Hasan Hüseyin Eker, Mustafa Öztürk*
S147	**Bir Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinde Takviye Kullanımı ve Sağlıklı Yaşam Davranışları Eğilimleri** *Zeynep Zoralan, Didem Aytimur, Işıl Ergin*
S148	**Dirençli Sağlık Sistemleri İçin Önemli Bir Girişim: Sağlığı Geliştiren Üniversite ve Hastane** *Fatih Tolga Ertürk, Nuri Alp Özünlü, Esra Mert, Gonca Gül Durğay, Caner Şahin, Ceyda Şahan, Cemal Hüseyin Güvercin, Hatice Şimşek Keskin, Ahmet Can Bilgin, Bülent Kılıç*
S149	**Kadınlarda Düzenli Fiziksel Aktivitenin Fazla Kilo Yönetimine Etkisi: Burdur İli Örneği** *Tuğba Kayacan, Ayşen Til, Selma Kalkan, Fatma Çelik*
S150	**Halk Sağlığı Haftası 2025 İletişim Kampanyası Etki Değerlendirmesi** *Zeynep Devran Muharremoğlu, Çağrı Emin Şahin, Muhammed Atak, Ayşegül Esin*
S151	**Gıda Takviyeleri Hakkındaki Youtube Video İçeriklerinin Analizi** *Muhammed Furkan Demir, İnci Arıkan, Muammer Yılmaz, Muhammet Ali Bölükbaş, Özgün Soy*
S152	**Birinci Basamakta Beslenme Danışmanlığı Hizmetlerinin Değişimi: 2024–2025 Karşılaştırmalı Analizi** *Kezban Yavuz Emik*
S153	**Bir Tıp Fakültesi Öğrencilerinde İmposter Fenomeni: Sıklığı ve İlişkili Faktörler** *Çağdaş Sertkaya, İnci Arıkan, Şeyda Ferah Arslan, Fatmanur Özdemir*
S154	**Geleceğin Sağlık İş Gücünde Aşı Kararsızlığının Anlaşılması: Üniversite Tabanlı Kesitsel Bir Çalışma** *Bilgehan Açıkgöz, Ayşegül Ekemen, Meltem Cemre Meydan, Ferruh Niyazi Ayoğlu*
S155	**Sağlık Eğitiminde Yeni Bir Araç Olarak Podcast: "Rotamız Sağlık" Örneği** *Göknil Çavuş Konak, Raika Durusoy*
S156	**Manisa'da Kentsel Bir Bölgede 18-64 Yaş Erişkinlerde Deri Kanseri ve Güneşten Korunma Bilgi Düzeyi** *Mithat Temizer, İlknur Oruç Özdemir, Şevkiye Özgün, Hande Sena Çiftçi, Hülya Ahsen Uğur, Özlem Kendirci, Kübra Nur Şekerci, Faize Buket Süer, Özge Özcan, Ekin Deniz Karadaş*
S157	**Kuşaklara Göre Ultra İşlenmiş Gıda Tüketimi, Gıda Okuryazarlığı ve Kanserle İlişkili Yaşam Tarzı** *Neslihan Öner, Hasan Durmuş, Arda Borlu*
S158	**Sağlıklı Genç Yetişkinlerde Diyetin Fitokimyasal İçeriği İle Diyabet Riski ve Kardiyometabolik Risk Arasında İlişki Var Mı?** *Yağmur Yaşar Fırat, Neslihan Öner*
S159	**Kayseri İl Merkezinde Yetişkinlerin Deri Kanseri ve Güneşin Zararlı Etkilerinden Korunma Yolları Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları** *Arda Borlu, Ebru Tan, Hasan Durmuş, Özlem Çelik, Murat Borlu*
S160	**Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Ruh Sağlığı Okuryazarlığı İle Ruhsal Hastalık İnançları** *Tuğba Coşkun Aslan, Hasan Durmuş, Şehide Arslan, Halime Şentürk, Arda Borlu*
S161	**Sağlık Üzerine Toplumsal Görüşler: Düşük Sosyoekonomik Bir Mahallede Katılımcı Bir Proje** *Raissa Uwera, Işık Karlı, Mehmet Akif Sezerol, Selin Davun, Merve Kırlangıç, Kezban Yavuz Emik, Murat Tuğberk Bakar, İlker Kayı, Sibel Sakarya*
S162	**Dirençli Bir Sağlık Sistemi Oluşturma Yolunda Uganda Sağlık Sisteminden Çıkartılması Gereken Dersler** *Hadijah Mbonde, Bülent Kılıç*
S163	**Türkiye'de Sağlık Personeli ve Yatak Dağılımında Eşitsizlik Eğilimleri (2002–2023)** *Şeyma Yüsra Soğanda, Zeynep Tüzün, Kerem Arısın, Abdullah Uçar*
S164	**Türkiye'de 2014-2023 Yılları Arasında Sağlık Sistemi Dirençlilik Kapasitesinin Ölçümü** *Büşra Tozduman, İpek Gündoğdu*
S165	**Dirençli Sistemler Açısından Türkiye'de Neoliberal Sağlık Dönüşümü ve Yoksullukla İlişkisi** *Ali Haydar Demirdaş, Bülent Kılıç*
S166	**Sağlıklı Hayat Merkezi Hizmetlerinin Kullanıcı Perspektifinden Değerlendirilmesi: Kesitsel Bir Araştırma** *Kerem Arısın, Zeynep Tüzün, Mehmet Akif Sezerol, Yusuf Çelik, Yusuf Baktır, Kezban Yavuz Emik, Seyhan Hıdıroğlu*
S167	**Türkiye'de Antimikrobiyal Dirençle Mücadelede Tek Sağlık Yaklaşımı: Ulusal Eylem Planı Çalıştayı Deneyimi** *Gamze Ketrez, Fatma Sena Konyalıoğlu, Çağrı Emin Şahin, Muhammed Atak*
S168	**Ulusal Sağlık Politikalarında Eylem Planı Hazırlama Süreci: Türkiye İçin Bir Çerçeve** *Fatma Sena Konyalıoğlu, Gamze Ketrez, Muhammed Atak*
S169	**Bir Tıp Fakültesi Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığı İle Sosyal Anksiyete ve Dürtüsellik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi** *Güvenç Deniz Akmaz, Kemal Macit Hisar*
S170	**Ön Hekimlerde İntörnlük Sürecinin Öz Yeterlik, Anksiyete Düzeyi ve Hekimlik Mesleğine Yönelik Tutumlarına Etkisi** *Didem Daymaz Yılmaz, Hatice Seymen Güngör, Nimet Tekin, Meral Saygun*
S171	**Yetişkinlerde Davranışsal Bağımlılık ve Dürtüsellik Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi** *Pelin Şavlı Emiroğlu, Mehmet Burhan Küçükoğlu, Sümeyye Nur Aydın, Merve Tokatlı Doğan*
S172	**Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında Otizm Spektrum Bozukluğu Farkındalık Araştırması: Ordu İli Örneği** *Muhammed Mazhar Orhan, Ayşe Emel Önal*
S173	**Üniversite Öğrencilerinde Kısa Video Bağımlılığı İle Dikkat Eksikliği Belirtileri Arasındaki İlişki – Kesitsel Nicel Çalışma** *Mervenur Bora, Zehra Kılınç*
S174	**Üniversite Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığı ve İnternet Oyun Bağımlılığı İle İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi** *Mehmet Burhan Küçükoğlu, Pelin Şavlı Emiroğlu, Sümeyye Nur Aydın, Merve Tokatlı Doğan*

SÖZLÜ BİLDİRİ LİSTESİ

S175	**Perspectives On Mental Health Investment İn Schools And Workplaces** *Muhammed Yusuf Özdemir, Hareth Al Janabi, Sarah Jane Fenton*
S176	**Development And Psychometric Evaluation of a Health Belief Model–Based Emotional Violence Perception Scale For University Students** *Özden Erdem, Ceren Mina Bükrük, Beray Tepebaşı*
S177	**Stem (Science, Technology, Engineering, Mathematics – Fen, Teknoloji, Mühendislik ve Matematik) Alanlarındaki Kadın Öğrencilerin Toplumsal Cinsiyete İlişkin Tutumları ve Kariyer Kaygılarının Saptanması** *Pınar Dilbaz, Türküler Erdost, Şevkat Bahar Özvarış*
S178	**Üçüncü Basamakta Maternal Ölüme Ramak Kala Vakaların İncelenmesi: Vaka-Kontrol Çalışması** *Tuğçe Arslan Torba, Muhammed Fatih Önsüz, Selma Metintaş, Melih Velipaşaoğlu, Mehmet Can Keven*
S179	**Şırnak Cizre'de Devlet Hastanesine Başvuran Gebelerin Emzirme Özyeterlilikleri ve İlişkili Faktörler** *Ecenur Yağcı, Ayfer Emlik*
S180	**Serviks Kanserinin Sosyoekonomik Durum ve HPV Aşısı İle İlişkisi** *Ayşe Nur Taştekin Ayvalı, Neriman Aydın, Neslihan Bayramoğlu Tepe*
S181	**Gebe Sınıfına Katılan Gebelerde Sezaryen Oranlarının Türkiye Ulusal Oranlarıyla Karşılaştırılması** *Leyla Tekdemir, Semiha Zeynep Özsaydı, Rana Baykan Gürüz, Özlem Ulutabanca*
S182	**"Gençler Kendi Sağlığını Konuşuyor" Eğitim Programının Cinsel Sağlık Bilgi Düzeyine Etkisi** *Ayşenur Tosun, Melike Nur Ünver Şimşek, Enes Altuntaş, Duygu Erişkin, İpek Gündoğdu, Ahmet Soner Emre, Türkan Günay*
S183	**Üniversite Öğrencisi Kadınlarda Meme Kanseri ve Öz Muayene Eğitimlerinin Bilgi ve Farkındalık Düzeylerine Etkisi** *Ersin Uskun, Özgür Önal, Sabriye Ercan, Mehtap Savran, Pelin Özkan Buyruk, Gizem Başer, Tuğçe Çamlıca*
S184	**Türkiye'de Kadınların Akademideki Temsili ve Cam Tavan Etkisi: Tanımlayıcı Bir Değerlendirme** *Saadet Göksu Çelik Pekerşen*
S185	**Manisa'da Kentsel ve Yarıkentsel Bölgelerde Yaşayan 18-64 Yaş Evli Kadınlarda Kadına Yönelik Şiddet Sıklığı ve Tutumu** *Berna Bilgin Şahin, Hüseyin Buğra Sert, Rojda Baynal, Emir Can Çetin, Kerime Çolak, Mert Güçer, Umut Ulaş İşler, İrem Ozandı, Veli Öztop, Ekin Türker*
S186	**Asm'lerde Doğum Kontrolü Hizmetleri, Hekim Tutumları ve Algılanan Engeller: 2022 ve 2024 Karşılaştırması** *Aslı Davas, Emrah Kırımlı*
S187	**Kocaeli Şehir Hastanesine Başvuran Gebelerde Gıda Güvencesizliği ve Perinatal Komplikasyonların İncelenmesi** *Gonca Yıldırım Coşkun, Çiğdem Çağlayan*
S188	**Endokrinoloji Kliniğine Oligomenore İle Başvuran Hastaların Etiyolojik Değerlendirmesi** *Aslı Saltabaş Şahin, Berna Evranos Öğmen, Mustafa Çomoğlu*
S189	**Ege Üniversitesi 5. Sınıf Tıp Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Farkındalık Düzeyi ve İlişkili Faktörler** *Selin Karaca, İrem Şevik, Meltem Çiçeklioğlu*
S190	**Türkiye'de İstemli Düşüklerin Sıklığı, Nedenleri ve İlişkili Faktörler: Sistematik Derleme** *Sabanur Çavdar, Özlem Özaydın, Özden Güdük, Mehmet Akif Sezerol, Mahmut Talha Uçar, Özlem Köksal*
S191	**Gelenek, Zorunluluk ve Sağlık: Kan Bedeli Evliliklerin Kadınlar Üzerindeki Etkileri** *Sema Çifçi, Beril Nisa Yaşar, Funda Taş Çetin, Naif Ergün*
S192	**Aşı, Tarama, Tedavi: DSÖ Servikal Kanser Eliminasyonu 2030 Hedeflerinde Neredeyiz?** *Melike Nur Ünver Şimşek, Türkan Günay*
S193	**Isparta'da Aile Hekimliği Birimlerinde Şiddet Olgusu ve Beyaz Kod Uygulamasının Bilinirlik Durumu** *Gülşen Olgun İzmirli, Yasemin Durduran, Özgür Önal, Mehtap Yücel*
S194	**Sağlıklı Toplumlar İçin Nefret Söylemi İle Mücadele** *Gül Usar Yıldız, Dilek Aslan*
S195	**Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanıma Durumları ve Etkileyen Etmenler** *Elvan Tibet, Türkan Günay*
S196	**Bir Tıp Fakültesindeki İntern Doktorların Depresyon, Anksiyete ve Stres Durumları: Longitudinal Bir Çalışma** *Burcu Ecem Uğuz, Altuğ Civan, Gülçin Yapıcı*
S197	**Ruh Sağlığı Meslek Mensuplarının İntihar Davranışına Yönelik Bilgi ve Tutumlarının İncelenmesi İle Bilgi ve Tutumlarının Geliştirilmesine Yönelik Bir Müdahale Çalışması** *Abdullah Emre Güner, Mehmet Burhan Küçükoğlu, Pelin Şavlı Emiroğlu, Sümeyye Nur Aydın, Özge Karadağ, Fahriye Oflaz, Irmak Polat, Sümeyye Yasemin Çallı, Ebru Parlak, Hüseyin Şehit Burhan, Onat Yılmaz, Ali Keyvan, Selma Karabey*
S198	**Yetişkin Bireylerin Siberkondri, Bedensel Duyumları Abartma, Uyku ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri: Kesitsel Bir Çalışma** *Feyza Bardak, Büşra Altınel*
S199	**Gebelikte E-Sağlık Okuryazarlığı İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi** *Semiha Zeynep Özsaydı, Rana Baykan Gürüz, Leyla Tekdemir, Belgin Oral*
S200	**Hava Kurtarma ve Yangınla Mücadele Çalışanlarının Fiziksel Aktivite Düzeyleri İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki** *Eyyüp Doğan, Hıdır Sarı, Mehmet Özel*
S201	**Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi** *Aliye Bahar Bülbül Çan, Tahsin Gökhan Telatar*
S202	**Edirne İli Merkez İlçesi Hekim Şifa-i Sağlıklı Hayat Merkezine Başvuran Bireylerin Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi ve Tutumları ve Sağlıklı Yaşam Farkındalıkları** *Meltem Sözer Yavuz, Prof. Dr. Galip Ekuklu*
S203	**Türk ve Yabancı Öğrencilerde Sosyal Medya Bağımlığının Vücut Kitle İndeksine Etkisi** *Ayşe Tutkun, Nergiz Sevinç, Erkay Nacar, Didemnur Doğan*
S204	**Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Obezite Yaygınlığı ve İlişkili Faktörler** *Serap Salimoğlu, Sare Mıhçıokur*
S205	**Hemşirelik Öğrencilerinde E-Sağlık Okuryazarlığının Sağlık Arama Davranışlarına Etkisinin Değerlendirilmesi** *Gülhan Yiğitalp, Abdulsamet Taşkın*
S206	**Adaptation Of Extended Ehealth Literacy Scale (Eheals-E) İn Turkish: Validity And Reliability Analysis** *Uğurcan Sayılı, Ayse Sultan Kaya, Sümeyye Nur Aydın*
S207	**Sanal Gerçeklik Destekli Müdahalelerinin Öğrencilerde Kardiyovasküler Sağlık Davranışlarına Etkisi** *Özge Sürel, Aslıhan Öztürk Eyimaya*
S208	**Sigara ve Elektronik Sigara Bir Başa Çıkma Mekanizması mı?: Sağlık Bilimleri Öğrencilerinde Başa Çıkma Stratejileri, Bağımlılık ve Sigara Bırakma Süreci Üzerine Bir Analiz** *Bilgehan Açıkgöz, Ayşegül Ekemen, Aybüke Ayan, Rabia Cansel Ağırtmış, Ferruh Niyazi Ayoğlu*
S209	**Bir Eğitim Deneyimi: Halk Sağlığı ve Sosyal Bilimler Dersi** *Gökçe Hazar Otçu, Hacer Nalbant, Selma Karabey*
S210	**Sağlık Sistemleri Bilimi: Halk Sağlığı ve Sağlık Meslekleri Eğitiminde Yeni Bir Paradigma** *Halil İbrahim Durak, Fatoş Hande Harmancı*
S211	**İstanbul'daki Bir Üniversitede Tıp Fakültesi ve Çocuk Gelişimi Öğrencilerinin Küresel İklim Değişikliği Farkındalığı** *Ayşe Seval Palteki, Mehmet Akif Sezerol*
S212	**A Health Systems Science–Anchored Curriculum For Community-Based Education İn Medicine And Nursing Curriculum: Karabakh University Model** *Mehmet Akman, Günay Muradova, Günel İsaqova, Turan Turkoğlu, Süreyya Mammadova, Türkan Nabiyeva, Gülşah Ünsal Cafarov, Emil Mukhtarov, İkram Rustamov, Samir Babayev, Halil İbrahim Durak*
S213	**Bir Tıp Fakültesinin Topluma Yönelik Sağlık Taraması Etkinliğinin Değerlendirilmesi** *Fatma Betül Akçakaya Özer, Bedia Özyıldırım, Ceyda Acar, Semra Özçelik*
S214	**Normal Doğum Eylem Planı 20. Hafta Ara İzleme, Değerlendirme ve Politika Raporu** *Ayşegül Esin, Betül Zehra Pirdal, Çağrı Emin Şahin, Muhammed Atak*
S215	**Normal Doğum Eylem Planı 40. Hafta Değerlendirmesi: Çalıştay Raporu** *Bilge Betül Yılmaz, Betül Zehra Pirdal, Çağrı Emin Şahin, Muhammed Atak*
S216	**Türkiye'de 2017-2024 Döneminde Ana-Çocuk Sağlığı Göstergelerinin Eğilimi: Resmi İdari Kayıtlara Dayalı Tanımlayıcı Zaman Serisi Analizi** *Kezban Yavuz Emik*
S217	**Factors İnfluencing Unmet Need For Family Planning Among Married Nigerian Women** *Yasmin Aisha Ahmed, Türkan Günay*
S218	**Ege Üniversitesi Preklinik Tıp Öğrencilerinde Menstrüel Sağlık Bilgi Düzeyi ve İlişkili Faktörler** *Nilay Öner, İrem Şevik, Meltem Çiçeklioğlu*

SÖZLÜ BİLDİRİ LİSTESİ

S219	**Tıp Fakültesi Dönem Altı Öğrencilerinin Yaş Ayrımcılığı ve İlişkili Etmenlerin Belirlenmesi** *Doğukan Yardımcı, Didem Daymaz Yılmaz, Meral Saygun*
S220	**Bir Üniversitenin Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Yaşlı Ayrımcılığına İlişkin Tutumları ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi** *Batuhan Horasan, Nurhan Meydan Acımış*
S221	**Bilişsel ve Boş Zaman Etkinlik Ölçeğinin (Clas) Türkçeye Uyarlanması, Güvenilirlik ve Geçerliliği** *Göknil Çavuş Konak, Raika Durusoy*
S222	**Hissedilen Yaş İle Başarılı Yaşlanma Arasındaki İlişkide Mutluluğun Aracı Rolü** *Sümeyye Ahi, Hilal Seki Öz*
S223	**Ergenlerde Yaşlı Yetişkinlere Yönelik Yaş Ayrımcılığı Ölçeği'Nin Türkçe Geçerlik Güvenirliği** *Edanur Sezgin Keleş, Büşra Yetiş, Ahmet Naci Emecen, Gülşen Salgar, Hatice Şimşek*
S224	**Bir Yaşlı Bakım Merkezindeki Yaşlıların Ağız ve Diş Sağlığı Durumu** *Pelin Bilgin Kahveci, Kübra Çiçek, Berna Bilgin Şahin, Mehmet Muzaffer Kahveci*
S225	**Kocaeli İlinde 1991-2024 Yıllarındaki Maksimum Sıcaklık Trendlerinin ve Sıcak Hava Dalgalarının İncelenmesi** *Cem Turan, Çiğdem Çağlayan*
S226	**Bir İlde 2023-2024 Yıllarında Meydana Gelen Sıcak Hava Dalgalarının Ölümlerle Olan İlişkisinin Değerlendirilmesi** *Cem Turan, Çiğdem Çağlayan*
S227	**Tuzlukçu İlçesi 18 Yaş Üstü Bireylerin Kanser Taramalarına Yönelik Bilgilerinin Değerlendirilmesi** *Seyfettin Abuoğlu, Lütfi Saltuk Demir*
S228	**Eczacıların Sağlık Sisteminin Güçlendirilmesinde Rolü: Sağlık Sistemleri Perspektifinden Bir Değerlendirme** *Ömrüm Ergüven, Bülent Kılıç*
S229	**İzmir'de Bir Üçüncü Basamak Hastaneye Başvuran Astım Hastalarının Sürekli Hizmete Erişimi ve İlişkili Faktörler** *İrem Şevik, Meltem Çiçeklioğlu, Gülistan Karadeniz*
S230	**İntörn Hekimler İlçe Sağlık Müdürlüklerinin Görevlerini Biliyorlar mı?** *Ayşe Emel Önal, Beyza Püren Selcan Emel, Burcu Özkan, Emel Rüya Önal, Meryem Merve Ören Çelik, Tuğrul Erbaydar, Gülsüm Nurhan İnce*
S231	**Birinci Basamakta Koruyucu Sağlık Hizmetleri Bağlamında Sağlıklı Hayat Merkezi Deneyimi: Sunulan Hizmetlerin Niteliksel Değerlendirilmesi** *Zeynep Tüzün, Kerem Arısın, Mehmet Akif Sezerol, Yusuf Çelik, Yusuf Baktır, Seyhan Hıdıroğlu*
S232	**Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Mekansal Ulaşılabilirlikte Eşitsizlikler: Balıkesir Merkez İlçeleri Üzerine Coğrafi Bir Analiz** *Salih Keskin*
S233	**Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Çalışmakta Olan Asistan Hekimlerin Gıda Takviyesi Kullanımı Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları** *Elif Mehpare Tuğral, Neriman Aydın, Elif Okşan Çalıkoğlu*
S234	**Yeme Bozukluğuna İlişkin Korkular ve Psikolojik Danışma Yardımı Beklentilerinin Obezite İle İlişkisi** *Ahmet Önder Porsuk, Dilara Ramadan, Çiğdem Cerit, Esra Gümüş Işık*
S235	**Sağlık İnanç Modeline Dayalı Beslenme Eğitiminin Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Nütrisyonel Durumuna Etkisi** *Büşra Şen, Ayşe Emel Önal, Sevgi Canbaz, Nimet Emel Lüleci*
S236	**Besin Güvencesizliğinin Obezite Üzerindeki Direkt ve Moderatör Etkisi** *Ferdi Tanır, Burak Mete, Hatice Merve Sadıkoğlu, Şeyma Nur Kutay Güler, Fatma İrem Dağlı, Hakan Demirhindi*
S237	**Türkiye'de Ne Eğitimde Ne İstihdamda (Neet) Ergen ve Genç Erişkinlerin Sağlık Durumu: Ekolojik Çalışma** *Bahar Marangoz, Alican Bahadır, Cem Yağmur Özdemir*
S238	**Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinde Gıda Takviyesi Kullanımı: Nitel Bir Araştırma** *Pelin Bulut, Bülent Kılıç*
S239	**Manisa'da Seçilen Üç Bölgede 18 Yaş ve Üstü Kadın Bireylerin Fitoterapi Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları** *Sedat Yiğit, Erhan Eser, Zülal Akış, Muhammed Üre, Aslıhan Koşar, Çağla Kumral, Ata Ünal, Mert Açar, Sena Öztürk, Gizem Dereli, Eren Göktürk Demir*

İÇİNDEKİLER

KONGRE AÇILIŞ KONUŞMASI

SAĞLIKLI TOPLUM, DİRENÇLİ SİSTEM 46
Prof. Dr. Bülent Kılıç

HALK SAĞLIĞI DOSTU ÖDÜLÜ 50

BİLDİRİ ÖDÜLLERİ 52

DAVETLİ KONUŞMALAR

INCLUSION AS THE FOUNDATION OF COMMUNITY RESILIENCE 59
Nellie Kartoğlu

HASUDER PERSPEKTİFİNDEN DİRENÇLİ SAĞLIK SİSTEMLERİ VE HALK SAĞLIĞI UZMANLARI 61
Prof. Dr. Bülent Kılıç

SAVAŞ VE ÇATIŞMA KOŞULLARINDA SAĞLIK HAKKI 64
Prof. Dr. Feride Aksu Tanık

SAVAŞ VE ÇATIŞMA ALTINDA GIDA GÜVENCESİ 68
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Alp Aker

TÜRKİYE'DE TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ 78
Prof. Dr. Tayyar Şaşmaz

BEKRA YÖNETMELİĞİ, UYGULAMALAR, DENETİMLER VE KAZALARDA RİSK AZALTIMI 86
Fikret Şan

DİJİTALLEŞEN DÜNYADA RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİNE ERİŞİM: NE DURUMDA, NASIL OLMALI? 91
Uzm. Dr. Öykü Turunç

ACCESS TO MENTAL HEALTH SERVICES FOR VULNERABLE GROUPS: BARRIERS AND FACILITATORS 92
Kathrin Exner

DOĞURGANLIĞIN TEŞVİK EDİLMESİNİN HALK SAĞLIĞI BOYUTU 93
Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış

SEL AFETİNE HAZIRLIKLI OLMA VE YÖNETİM: PAKİSTAN VE LİBYA DENEYİMİ 98
Dr. Öğr. Üyesi Burak Kurt

KÜRESEL ISINMAYA JEO-BİYOLOJİK BİR BAKIŞ 99
Prof. Dr. Ali Demirsoy

SAĞLIK VERİSİ KULLANIMINDA ÜLKELER ARASI ORTAK İLKELER 101
Dr. Öğr. Üyesi Mithat Temizer

İL VE İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜKLERİNDE VERİYE ERİŞİM: KISITLILIKLAR VE ÖNERİLER 102
Uzm. Dr. Mustafa Enes Özden

İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNDE SAĞLIK VERİSİ KULLANIMI 103
Uzm. Dr. Merve Kırlangıç

HALK SAĞLIĞI DİRENÇLİ TOPLUMLARIN OLUŞTURULMASINDA SOSYAL BİLİMLERDEN NASIL YARARLANABİLİR? 105
Prof. Dr. Selma Karabey

DİRENÇLİ TOPLUMLARIN İNŞASINDA SOSYOLOJİK YAKLAŞIMLAR 108
Prof. Dr. Temmuz Gönç Şavran

BELEDİYELERİN TOPLUM SAĞLIĞINDAKİ ROLÜ 112
Prof. Dr. Mustafa Akaydın

YEREL YÖNETİMLERİN HALK SAĞLIĞINA KATKILARI: ANKARA ÖRNEĞİ 115
Mustafa Can

KALICI SAĞLIK POLİTİKALARI YERİNİ GÜNLÜK ÇÖZÜMLERE Mİ BIRAKIYOR? 117
Doç. Dr. Asya Banu Babaoğlu

YEŞİL HASTANELER VE KARBON NÖTR SAĞLIK TESİSLERİ 120
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Seval Palteki

DİRENÇLİ TOPLUMLAR OLUŞTURMADA ÇOCUKLAR NEDEN ÖNCELİKLİ? 123
Prof. Dr. Burcu Tokuç

KKKA ÖZELİNDE VEKTÖRLERİN YAYILIM ÖZELLİKLERİ VE EPİZOOTİK DURUM 128
Prof. Dr. Zati Vatansever

VEKTÖREL HASTALIKLARIN KONTROLÜNDE ÇOK SEKTÖRLÜ YAKLAŞIM: TUNCELİ ÖRNEĞİ 129
Uzm. Dr. Hakkı Aktaş

BİLİMSEL ÇALIŞMALARDA SESSİZLİĞİ BOZMAK: ARAŞTIRMA İLETİŞİMİ 130
Doç. Dr. Ümit Kartoğlu

GÖRÜNMEYENİ GÖRMEK: İNTİHARIN ÖNLENMESİNDE TOPLUMSAL İYİLİK HÂLİNİN GELİŞTİRİLMESİ BİREY VE TOPLUM RUH SAĞLIĞINDA İNTİHAR NASIL ELE ALINMALI? 134
Uzm. Dr. Selin Tanyeri Kayahan

TÜRKİYE'DE İNTİHARIN ÖNLENMESİNDE SAĞLIK SUNUCULARININ ROLÜ: NELER YAPILIYOR, NELER GELİŞTİRİLEBİLİR? 135
Uzm. Dr. Pelin Şavlı Emiroğlu

SÖZLÜ BİLDİRİLER

[S001] DEPREME HAZIRLIKLI OLMA İLE DEPREM ANKSİYETESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ: ADANA ÖRNEĞİ 141
Ayşe İnaltekin, Burak Mete, Kübra Tok Aslanhan, Ferdi Tanır

[S002] 2025 BİLECİK ORMAN YANGINLARINDA HAVADAKİ EK $PM_{2.5}$ KİRLİLİĞİNİN GAM MODELİYLE TAHMİNİ 143
Melike Kutlu, Abdullah Uçar, Elif Köse

[S003] KÜRESEL ÇERÇEVEDE VE TÜRKİYE ÖZELİNDE AFET POLİTİKALARI İLE TARİHSEL GELİŞİMİ 145
Ali Ayberk Arıcan, Nergiz Sevinc, Erkay Nacar

[S004] KONTEYNER KENTTE YAŞAYAN YETİŞKİNLERDE HİPERTANSİYON VE İLİŞKİLİ RİSK FAKTÖRLERİ: MALATYA ÖRNEĞİ 152
Ahmet Burak Avcu, Osman Kurt, Aleyna Aslan, İlem Karaca, Ayşe Baran, Harun Kurt, Ali Özer, Metin Fikret Genç

[S005] OLASI BİR PANDEMİYE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BAKIŞ AÇISI VE KAYGI DURUMU 154
Bilgehan Açıkgöz, Ayşegül Ekemen, Meryem Nisa Özdel, Ferruh Niyazi Ayoğlu

[S006] TÜRKİYE'DE VALİLİK VE KAYMAKAMLIK WEB SİTELERİNDE AFET YÖNETİMİ İÇERİĞİ DURUMU 156
Mahmut Talha Uçar, Selen Gürsoy Turan, Tülin Çoban, Tuğba Meliha Fatma Ercan, Aylin Sönmez Gün, Bükre Çıkman, Fulya Özder Taş, Reyhan Can Yıldız, Feyza Dereli, Turhan Sofuoğlu, Arda Borlu, Elif Dönmez, Cavit Işık Yavuz, Elçin Balcı

[S007] 2023 KAHRAMANMARAŞ DEPREMİ SONRASI 11 İLDE EK BEBEK ÖLÜM HIZI TAHMİNİ: GAM TABANLI ZAMAN SERİSİ ANALİZİ 158
Melike Kutlu, Abdullah Uçar, Elif Köse

[S008] DEPREM SONRASI DÖNEMDE BİREYLERİN HİJYEN DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: ADIYAMAN ÖRNEĞİ 160
Osman Küçükkelepçe, Osman Kurt

[S010] YETİŞKİN OBEZİTESİNDEKİ SOSYOEKONOMİK EŞİTSİZLİKLERDE TÜRKİYE'NİN KONUMU: CİNSİYETE ÖZGÜ VE BÖLGESEL BİR DEĞERLENDİRME 162
Atalay Aktuna, Işıl Ergin, Merve Akbayrak, Hür Hassoy

[S011] TÜRKİYE'DE TIP ÖĞRENCİLERİ ARASINDA PSİKOLOJİK TÜTÜN BAĞIMLILIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ: KESİTSEL BİR ÇALIŞMA 164
Aleyna Aslan, Osman Kurt, Ahmet Burak Avcu

[S012] TIP FAKÜLTESİNE BAŞLAYAN ÖĞRENCİLERİN İKİ YILLIK SÜREÇTE TÜTÜN KULLANIM SIKLIĞI DEĞİŞİMİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER 166
Büşra Yetiş, Türkan Günay

[S013] İNTÖRN HEKIMLERDE KUMAR OYNAMA DAVRANIŞI İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER, KESİTSEL BİR ARAŞTIRMA 168
Zeynep Oran, Aslı Davas, Meltem Çiçeklioğlu

[S014] TÜTÜN KONTROLÜNDE CHAID KARAR AĞACI İLE SİGARA BIRAKMAK İSTEYEN KİŞİLERİN PROFİLLENMESİ 170
Meryem Merve Ören Çelik, Burcu Özkan, Sevde Sancar, Gülsüm Nurhan İnce

[S015] BİR TIP FAKÜLTESİNDEKİ İNTERN DOKTORLARIN TÜTÜN ÜRÜNLERİ HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİ VE KULLANMA DURUMLARI 172
Ayşe Nur Taştekin Ayvalı, Elif Mehpare Tuğral, Elif Okşan Çalıkoğlu, Gözde Öztürk, Meryem Acele Akpek, Neriman Aydın, Seyhan Durman

[S016] TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE DEPRESYON, ANKSİYETE VE UYKU KALİTESİNİN SİGARA KULLANIMI İLE İLİŞKİLERİ: TÜRKİYE'DE BİR KESİTSEL ÇALIŞMA 174
Ahmet Burak Avcu, Zehra Ulubaba, Umut Emin Ünlü, Nazım Ünlü, Sevde Türkmenoğlu, Münira Nazlı Doğan, Şevval Üner, Ceren Uçar, Eylül Vural, Adulnur Uçar, Numan Ülgen, Deniz Türkmen

[S017] FROM PAST LESSONS TO FUTURE READINESS: A QUALITATIVE STUDY ON PANDEMIC PREPAREDNESS 176
İsmail Hakkı Tunçez, Elif Dönmez, Bülent Kılıç

[S020] FARKLI ETNİK GRUPLARDA SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİNİN ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞILARINA YÖNELİK TUTUMLARA ETKİSİ 178
Ahmet Bütün , Vasfiye Bayram Değer

[S021] MENEMEN, İZMİR'DE 1181 COVID-19 OLGUSUNUN EPİDEMİYOLOJİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ: TANIMLAYICI BİR ÇALIŞMA 180
Gökben Yaslı, Gülper Şener

[S022] YOUTUBE'DAKİ HPV AŞISI BİLGİLERİNİN KALİTESİ VE GÜVENİLİRLİĞİ: ÇOKLU DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİ KULLANAN KESİTSEL BİR ÇALIŞMA 182
Didem Yüzügüllü, Özlem Kızıltaş

[S023] MAYMUN ÇİÇEĞİ HASTALIĞI VE AŞILAMAYA YÖNELİK BİLGİ, TUTUM VE GÖRÜŞLER....184
Ali Ayberk Arıcan, Nergiz Sevinç, Erkay Nacar, Resil Coşkun

[S024] TIP FAKÜLTESİ DÖNEM ALTI ÖĞRENCİLERİNİN HPV BİLGİ DÜZEYLERİNİN, FARKINDALIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ....186
Doğukan Yardımcı, Didem Daymaz Yılmaz, Meral Saygun

[S025] ERZURUM'DA HAVA KİRLİLİĞİ POLİTİKALARININ HALK SAĞLIĞI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ (2017–2025)....188
Esra Daharlı

[S026] THE RELATIONSHIP BETWEEN VALUE ORIENTATIONS AND PRO-ENVIRONMENTAL BEHAVIORS: THE MEDIATING ROLE OF PERSONALITY SOCIAL RESPONSIBILITY....189
Sevgi Tulupcu, Feyza Bardak

[S027] HAVA KİRLİLİĞİ DÜZEYLERİ İLE ÖLÜM SAYILARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: BIR METROPOLDE, 7 YILLIK TAKIP....190
Sümeyye Nur Aydın, Merve Yılmaz, Günay Can

[S028] ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE EKOLOJİK AYAK İZİ FARKINDALIĞI DÜZEYLERİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER....192
Mehmet Akan, Aslıhan Toraman, Ezel Bilge Yerli, Sinan Yılmaz, Zahide Koşan

[S029] EKOLOJİK AYAK İZİ FARKINDALIĞI VE SAĞLIĞI KORUMA DAVRANIŞLARININ X, Y, Z KUŞAKLARI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ....193
Melis Uçar Erincin, Asya Banu Babaoğlu, Mustafa Agah Tekindal

[S030] GELECEĞİN HEKİMLERİ KAYGILI: TIP ÖĞRENCİLERİNİN KÜRESEL ISINMA KONUSUNDAKI FARKINDALIĞI VE KAYGISI....195
Meryem Merve Ören Çelik, Beyza Püren Selcan Gündoğdu, Gökçe Hazar Otçu, Tarık Yahya Hasanusta, Ayşe Emel Önal

[S031] GÖZ ARDI EDİLEN BİR TOPRAK KİRLETİCİSİ: SİGARA İZMARİTLERİ VE OLUŞTURDUĞU AĞIR METAL KİRLİLİĞİ....197
Kevser Erdoğan, Ali İhsan Bozkurt, Murat Arslan, Nurgül Bozkurt

[S032] ORDU İLİNDE SON BEŞ YILIN YÜZME SUYU KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ....199
Ayşenur Beyazıt Üçgün

[S033] ETNİK GRUPLARDA YENİDOĞAN TARAMALARI HAKKINDA ANNELERİN BİLGİ VE TUTUMLARI İLE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ....201
Ahmet Bütün, Vasfiye Bayram Değer, Havva Kaçan

[S034] ÇOCUKLARDA ERKEN ERGENLİK: ANTROPOMETRİ, YAŞAM TARZI VE ÇEVRESEL ETKENLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ....203
Kürşat Çetin, Emsal Çetin, Mesut Parlak, Hale Tuhan

[S035] AİLELERDE DUYGUSAL YEMENİN ÇOCUKLARIN KAHVALTI, KANTİN ALIŞKANLIĞI, ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMÜ İLE İLİŞKİSİ....205
Esra Hacılar, Lütfi Saltuk Demir

[S036] SELÇUKLU İLÇESİNDE EĞİTİM ARAŞTIRMA AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURANLARIN YENİDOĞAN TARAMALARINDA SAĞLIK HİZMETLERİ SİSTEMİNE ÇOK BOYUTLU GÜVEN ÖLÇEĞİ DÜZEYİ İLE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ....207
Zeynep Sarı Gökoğlu, Fatih Kara

[S037] ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEKİMLERİNİN YAN DAL TERCİHLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER....209
Özlenur Akın, Mustafa Şenol Akın, Nimetcan Mehmet Orhun

[S038] DOĞU ANADOLU BÖLGESİNDE KIRSAL BIR İLÇEDE 1-4 YAŞ ÇOCUKLARIN GELİŞME DURUMU.....211
Kübra Göksu, Furkan Öztürk, Mehmet Ertan Güner, Mustafa Enes Özden

[S039] 2023 DEPREMLERİNİN BEBEK ÖLÜM HIZINA ETKİSİ:
MEKÂNSAL VE SOSYOEKONOMIK ANALİZ.....213
Mithat Temizer, Kübra Çiçek, Berna Bilgin Şahin

[S040] ERGEN SAĞLIĞI EĞİTİMİNDE "KİMSE GERİDE BIRAKILMASIN":
GÜNEYDOĞU SINIRINDA SAHA UYGULAMASI.....214
Ecenur Yağcı, Safiya Tik, Rozelin Akengin

[S041] KOCAELİ İLİNDEKİ İTFAİYECİLERDE GENEL SAĞLIK DURUMU VE PSİKOSOSYAL
RİSKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİI.....219
Mehmet Ertan Güner[1], Ahmet Alp Aker

[S042] ANKARA BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ'NDE İŞ KAZALARININ ÖNLENMESİ:
KÖK NEDEN ANALİZINE DAYALI ADAPTİF İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ (İSG) YÖNETİM SİSTEMİ....221
Mustafa Can

[S043] BİR KAYAK MERKEZİNDE ÇALIŞANLARIN RUH SAĞLIĞI ETKİLENİMLERİNİN
İŞ GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ İLE İLİŞKİSİ.....223
Alp Er Tunga Ünal, Gülsüm Nurhan İnce, Sevgi Canbaz

[S044] BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE GÜRÜLTÜ VE PARTİKÜL MADDE ÖLÇÜMLERİ:
2023-2025 YILLARI DEĞERLENDİRMESİ.....224
Esra Hacılar, Rabia Çandır, Lütfi Saltuk Demir, Hasan Küçükkendirci, Mustafa Kürşat Ayrancı, Hakan Kaban, Halil Çelik

[S045] ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÇALIŞANLARINDA SOSYODEMOGRAFİK
ÖZELLİKLER VE ÇALIŞABİLİRLİK.....226
İpek Gündoğdu, Yücel Demiral

[S046] ENGELLİ VE ENGELSİZ ÇALIŞANLARIN ÖRGÜTSEL BAĞLILIK VE
İŞ PERFORMANSLARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....228
Nergis Kayacan, Ezgi Sarıkız, Atalay Aktuna

[S047] MANİSA'DA BİR KÜÇÜK SANAYİ SİTESİNDE 18 YAŞ VE ALTI ÇALIŞANLARDA
İŞ KAZASI SIKLIĞI VE ÇALIŞANLARIN IŞ SAĞLIĞI GÜVENLIĞI FARKINDALIĞI.....231
Sedat Yiğit, Ahmet Furkan Taşcı, Tolga Muhammed Önce, Kumsal Vural, Bensu Canbey, Muhammed Özkaya, Fatma Pelin Yayla, Fatma Yolcu, Mustafa Karakuzu, Utku Başeğmez, Özge Durmuş, Beyhan Cengiz Özyurt

[S048] MANİSA YUNUSEMRE KENAN EVREN SANAYİ SİTESİNDE 15-64 YAŞ ARASI
ÇALIŞANLARDA İŞ KAZASI SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....233
Vildan Küçüksümbül, Salih Küçükgöl, Arif Kandemir, İsmail Şahin, Mehmet Hakan Türk, Yiğit Eren, Riyadh Saeed, Atabay Alıyev, Eren Şentürk, Beyhan Cengiz Özyurt

[S049] ELECTRONIC CIGARETTE USE, ADDICTION LEVEL, SENSORY EXPECTATIONS AND
PREDICTIVE FACTORS AMONG MEDICAL FACULTY STUDENTS.....235
Neşe Yakşi, Perihan Koçak Kavruk, Nehir Yüksel

[S050] BAĞIMLILIKLA MÜCADELE TAZELEME EĞİTİMİ PROGRAMININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....237
Merve Tokatlı Doğan, Mehmet Burhan Küçükoğlu, Pelin Şavlı Emiroğlu, Sümeyye Nur Aydın

[S051] BAĞIMLILIK DANIŞMA BİRİMİNE BAŞVURAN BİREYLERİN SOSYO-DEMOGRAFİK
ÖZELLİKLERİ VE TEDAVİYE YÖNLENDİRİLME DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....239
Abdullah Emre Güner, Pelin Şavlı Emiroğlu, Merve Tokatlı Doğan, Mehmet Burhan Küçükoğlu, Sıla Canbal

[S052] NİKOTİN BAĞIMLILIĞI VE SOLUNUM SEMPTOMLARI: SİGARA KULLANAN YETİŞKİNLERDE KESİTSEL BİR ÖN ARAŞTIRMA....240
Hasan Durmuş, Elçin Balcı, Halime Şentürk, Tuğba Coşkun, Yasin Kavla, Yavuzalp Solak

[S053] DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ ÜYESİ ÜLKELERİN MPOWER STRATEJİLERİ, TÜTÜN KULLANMA DURUMLARI VE TÜTÜN ENDÜSTRİSİ SIZMA İNDEKSİ DEĞERLERİ AÇISINDAN İNCELENMESİ....242
Kevser Erdoğan, Mahmut Talha Uçar, Şeyma Yüsra Soğanda, Nur Sima Sekban, Esra Çiçek, Ilgın Tımarcı Becerik, Sevinç Sütlü, Evrim Arslan, Özen Aşut, Raika Durusoy, Ayşe Ferdane Oğuzöncül, Nureddin Özdener, Dilek Aslan

[S054] FABRİKA İŞÇİLERİNİN TÜTÜN KULLANIM ALIŞKANLIKLARI, BIRAKMA MOTİVASYONLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ BİR MÜDAHALE ÇALIŞMASI ÖNCESİ KESİTSEL ARAŞTIRMA....244
Mahmut Talha Uçar, Şeyma Baki, Abdüllatif Aslan, Sena Güme, Nurbanu Aslandağ

[S055] TÜRKİYE'DE SİGARA KULLANIMINA BAĞLI TRAKEA, BRONŞ VE AKCİĞER KANSERİ EĞİLİMİ:1990-2023 GBD ANALİZİ....246
Hümeyra Yılmaz

[S056] BİR KÜÇÜK SANAYİ SİTESİNDE ÇALIŞANLARDA SİGARA KULLANIM SIKLIĞI VE SİGARA KULLANIMINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER....247
Beyhan Cengiz Özyurt, Sedat Yiğit, Vildan Küçüksümbül

[S057] KIRIM KONGO KANAMALI ATEŞİ HASTALIĞI FARKINDALIĞI ÖLÇEĞİ (KKKA-HFÖ): ÖLÇEK GELİŞTİRME, GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI....248
Gülay Yılmazel, Ayşe Çalmaz, Emre Keleş

[S058] AŞI KARŞITLIĞI VE AŞI REDDİ: NEDENLERİ, SONUÇLARI VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ....249
Hatice Afacan, Nergiz Sevinç, Didemnur Doğan

[S059] ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞILARINDA EBEVEYN KARARLARI: TEREDDÜT VE MOTİVASYONLAR ÜZERİNE NİTELİKSEL BİR ÇALIŞMA....255
Zeynep Tüzün, Zeynep Meva Altaş, Seyhan Hıdıroğlu, Fatma Berna Çörekci, Amine Avcı, Zeynep Asmin Kaya, Gizem Çavuş

[S060] TÜRKİYE'DE TÜBERKÜLOZUN İL DÜZEYİNDEKİ BELİRLEYICILERİ: KENTSEL SAĞLIK GÖSTERGELERININ ANALIZI....257
Mine Yenice, Nilay Etiler

[S061] AİLE SAĞLIĞI ÇALIŞANI AŞI İLETİŞİMİ EĞİTİMİNİN GEBELERDE GRİP AŞISI KABULÜNE ETKİSİ: BİR MÜDAHALE ARAŞTIRMASI....259
Burcu Ecem Uğuz, Özüm Yolcu, Fatma Güven, Leyla Üçeş Harmanoğulları, Aslıhan Ardıç Çobaner, Emine Boynukara, Caferi Tayyar Şaşmaz

[S062] AŞI TEREDDÜDÜ OLAN BİREYLERİN BAĞIŞIKLANMA HAKKINDAKI GÖRÜŞLERİ: NİTELİKSEL BİR ÇALIŞMA....261
Özden Erdem, Nazan Çalbayram, Rüveyda Ölmez Yalazı

[S063] MERSİN'DE ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE KOMPLO ZİHNİYETİ VE AŞIYA İLİŞKİN TUTUMUN ARAŞTIRILMASI....264
Deniz Erdal, Tayyar Şaşmaz

[S064] BIR İLDEKİ KIRIM KONGO KANAMALI ATEŞİ VAKALARININ RETROSPEKTIF OLARAK İNCELENMESİ: 2002-2024....263
Hümeyra Yılmaz, Rıza Çıtıl, Mücahit Eğri

[S065] TÜRKİYE'DE 1990–2021 YILLARI ARASINDA ŞİZOFRENİYE BAĞLI HASTALIK YÜKÜNÜN (DALY) ZAMANSAL EĞİLİMLERİ: JOINPOINT REGRESYON ANALİZİ....266
Ali Köse, Zeynep Sedef Varol, Gül Ergör

[S066] BİR KAMU HASTANESİNİN AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN HİPERTANSİYON HASTALARININ SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİ VE HASTALIKLARI KONUSUNDA TANIMLAYICI BİR ARAŞTIRMA 268
Nur Sima Sekban, Ahmet Ünal, Dilek Aslan

[S067] MANİSA'DA 18-64 YAŞ ARASI BİREYLERDE OBEZİTE FARKINDALIĞI VE OBEZ BİREYLERE YÖNELİK TUTUM 270
İlknur Oruç Özdemir, Berna Bilgin Şahin, Nur Pınar Bacaksız, Yiğit Bozkurt, Petek Çetin, Necati Berk Ersöz, Berkay Hergül, Nazlı Selen Kürbüz, A. Kaan Mutlu, Sıla Sağnak

[S068] BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURANLARDA KANSER TARAMALARI BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI 272
Mert Aykut Akbulak, Meltem Çöl

[S069] SERVİKS KANSERİ TARAMASINA TOPLUM KATILIMINA YÖNELİK TELEFONLA DAVET YÖNTEMİ 274
Mustafa Enes Özden, Yasemin Yener, Mehmet Ertan Güner, Furkan Öztürk, Mehmet Faruk Kınay, Sultan Eser

[S070] DOĞANKENT SAĞLIK EĞİTİM ARAŞTIRMA BÖLGESİ'NDE AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN 50 YAŞ VE ÜZERİ KİŞİLERDE DİYABET VARLIĞI İLE DİYABET ÖZ-YÖNETİM DURUMUNUN İNCELENMESİ 276
Hatice Merve Sadıkoğlu, Fatma İrem Dağlı, Ayça Nur Arslanpınar, Ertan Kara

[S071] ZONGULDAK İLİNİN BİR İLÇESİNDEKİ KİŞİLERİN VÜCUT KİTLE İNDEKSLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: KESİTSEL ÇALIŞMA 278
Rabia Çukurlu

[S072] BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN BİREYLERDE KANSER TARAMALARINA YÖNELİK BİLGİ DÜZEYİ VE KATILIM DURUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER 280
Seçil Nur Kantaş, Bülent Kılıç

[S073] BEŞ YILDIZLI BİR OTELİN PERSONEL YEMEKHANESİNDE AKUT GASTROENTERİT SALGINI, ANTALYA, 2025 282
Gamze Akın Özkara, Eda Karadoğan, Ebru Saraçoğlu, Ali Hamarat, Elif Yalçın, Çağla Evrim Erkal, Hacer Nur Yüce, Mestan Emek

[S074] ANTALYA İLİNDE GÖRÜLEN NON-TIFOİDAL SALMONELLA ENFEKSİYONLARININ EPİDEMIYOLOJİK ÖZELLİKLERİ 284
Eda Karadoğan, Ebru Saraçoğlu, Ali Hamarat, Gamze Akın Özkara, Elif Yalçın, Çağla Evrim Erkal, Hacer Nur Yüce, Mestan Emek

[S075] SAĞLIK VE SPOR BİLİMLERİNDE ÖĞRENİM GÖREN ÖĞRENCİLERİN TETANOZ HASTALIĞI VE AŞISINA YÖNELİK BİLGİ ÖLÇEĞİ (TETANOZ-HABÖ): ÖLÇEK GELİŞTİRME, GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI 286
Gülay Yılmazel, Ayşe Çalmaz, Burcu Daysal Güler, Emre Keleş

[S076] İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN AŞIYA İLİŞKİN TUTUMLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER 288
Özge Acar, Fatma Tuba Akdeniz, Başak Bölükbaşı, Selim Dündar, Elif Seda Gürkan, Hadi Karimkhan, Tuğrul Erbaydar

[S077] AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN YETİŞKİNLERİN AŞIYA YÖNELİK TUTUMLARININ AHLAKİ TEMELLER ÖLÇEĞİ İLE İLİŞKİSİ: KÜTAHYA İLİ ÖRNEĞİ 290
Ömer Faruk Tekin, Muhammed Furkan Demir, Habib Sarıkaya

[S078] ANTİMİKROBİYAL DİRENÇ KONUSUNDA TÜRKİYE'DE YAPILAN TEZ ÇALIŞMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ 292
Sibel Gürbüz, Gamze Ketrez, Muhammed Atak

[S079] BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇOCUK POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN EBEVEYNLERİN AŞI KARARSIZLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ 293
Selma Kamacı Sivaz, Türkan Günay

[S080] TÜRKİYE İÇIN ÜRETİLECEK YENİ MENİNGOKOK AŞISININ MALİYET ETKİLİLİK ANALİZİ 295
Mahir Tosunoğlu, Mert Abay, Alper Akpınar, Melih Kaan Sözmen, Bülent Kılıç

[S081] BİRİNCİ BASAMAKTA KANSER TARAMALARINA KATILIMI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN NİTELİKSEL OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ 297
Seçil Nur Kantaş, Bülent Kılıç

[S082] PUBMED'DE, OLUMSUZ ÇOCUKLUK DENEYİMLERİ VE OBEZİTE İLİŞKİSİNİ İNCELEYEN YAYINLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ 299
Doğukan Yardımcı, Hilal Yazıcı, Beyza Nur Özkan, Elif Başak Özkan, Bünyamin Yalçınkaya, Ahmet Ertem, Zeliha İlgiz Mermer, Mete Demirel, Benay Topsaç, Buse Tayyibe Ertuğrul, Nuri Kılıç, Burak Çağrı Yıldız, Didem Daymaz Yılmaz

[S083] MANİSA'DA SEÇİLEN İKİ BÖLGEDE 40-69 YAŞ ARASI KADINLARDA MEME KANSERİ TARAMA SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER 301
Sedat Yiğit, Pınar Erbay Dündar, Oğuz Zengin, Serhat Avşar, Murat Eren Solak, Elif Yıldırım, Zeynep Özgün

[S084] MANİSA'DA SEÇİLİ İKİ BÖLGEDE 18-64 YAŞ VE ARALIĞINDAKI BİREYLERİN FİZİKSEL AKTİVİTE SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER 303
Sedat Yiğit, Pınar Erbay Dündar, Selamettin Ünlü, Helin Akdoğan, Doğa Bıyık, Şeyda Nur Kurt, Selman Tunay Kalkan, Doğukan Ateş, Erdem Çatalsarık, Mert Özkan

[S085] TÜRKİYE'DE HEMATOLOJİK KANSERLERE BAĞLI ERKEN ÖLÜMLER: ORTALAMA YAŞAM SÜRESİ KISALMASI 2011-2020 305
Serap Baysal, Burcu Tokuç, Mehmet Baysal, Gamze Varol, Seval Akpınar

[S086] KRONİK HASTALIK YÖNETİMİ VE MANİSA KENT MERKEZİNDE AİLE HEKİMLERININ HASTALIK YÖNETİM PLATFORMU (HYP) UYGULAMALARI 306
Yunus Özkaya, Erhan Eser

[S087] SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KANSER TARAMALARINA YÖNELİK BİLGİ VE DAVRANIŞLARI: BİRİNCİ BASAMAK ÖRNEĞİ 308
Pelin Şavlı Emiroğlu, Beril Kara Esen, Büşra Sandıklı

[S088] KRONİK HASTALIK BAKIMINI DEĞERLENDİRME ANKETİ HİZMET SUNUCU (KBDHS) SÜRÜMÜNÜN (ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS CARE-ACIC) TÜRKÇE GEÇERLİLİĞİ VE GÜVENİLİRLİĞİ 310
Yunus Özkaya, Erhan Eser

[S089] ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN KÜRESEL SOSYAL SORUMLULUK DÜZEYLERİ: İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ ENDİŞESİ VE GELECEK KAYGISI 312
Ümmühan Okur, Feyza Bardak

[S090] TÜRKİYE'DE 2024 YILINDA MEYDANA GELEN HAVA KİRLİLİĞİNE ATFEDİLEN AKCİĞER KANSERİ NEDENLİ ÖLÜMLERİN AİRQ+ PROGRAMI İLE DEĞERLENDİRİLMESİ 314
Durdunaz Ok, Melike Yavuz, Çiğdem Çağlayan

[S091] TÜRKİYE'DE 2024 YILINDA HAVA KİRLİLİĞİNE ATFEDİLEN DOLAŞIM SİSTEMİ HASTALIKLARI ÖLÜMLERİ: AIRQ+ MODELİ İLE BİR DEĞERLENDİRME 316
Naime Akdaş, Melike Yavuz, Çiğdem Çağlayan

[S092] KIRKLARELİ İLİ 2024-2025 YILLARI İÇME-KULLANMA SULARI ANALİZ SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI 318
Aylin Can, Halit Emin Alıcılar, Çiğdem Cerit, Esra Dartay

[S093] ADOLESANLARDA ÇEVRE SORUNLARINA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİNİN PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ 319
Feyza Bardak, Sevgi Tulupcu

[S094] BALIKESİR İLİ 2017-2024 YILLARI ARASI EVSEL ATIK MİKTARININ DEĞİŞİMİ VE GELECEK PROJEKSİYONU 320
Dursun Yasemin Yayla Keskin, Murat Aysin

[S095] BİR ATIK ARA DEPOLAMA TESİSİNDEKİ SAĞLIK SEKTÖRÜ KAYNAKLI TEHLİKELİ ATIKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ 322
İlknur Ayvaz, Nimet Emel Lüleci

[S096] THE IMPACT OF ATOPY ON CHRONIC URTICARIA EXACERBATION 324
Sengul Aksakal

[S097] SAĞLIKLI HAYAT MERKEZİNE BAŞVURAN KADINLARDA MEME KANSERİ ENDİŞESİ İLE MEME KANSERİ VE TARAMALARINA İLİŞKİN BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ 325
Mehmet Akif Sezerol, Kezban Yavuz Emik

[S098] TIP FAKÜLTESİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNDE GELECEK KAYGISI UZMANLIK ALAN SEÇİMİNİ ETKİLER Mİ? KESİTSEL BİR ÇALIŞMA 326
Hatice Eftal Şeyda Kanal, Onur Ergün

[S099] CONTEMPLATION AND ACTION ON LEAVING HOMELAND: A MIXED-METHODS STUDY MONG PHYSICIANS IN TÜRKIYE 328
Elif Demirtaş, İlker Kayı

[S100] TIP FAKÜLTESI SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN UZMANLIK VE KARİYER SEÇİMLERİ İLE İLGİLİ DÜŞÜNCELERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER: İKİ MERKEZLİ BİR ÇALIŞMA 330
Abdullah Sarıöz, Seyhan Hıdıroğlu, Ayşenur Sandal Kılıç, Saadet Alara Aktuğlu, Buğu Azizoğlu, Asya Tahire Meşeli, Hilal Öksüz, Hasan Alp Tuncay

[S101] HALK SAĞLIĞI UZMANLARININ SORUNLARI VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ, TOPLANTI NOTLARI ÜZERİNDEN NİTEL BİR İNCELEME 332
Öykü Turunç, Bülent Kılıç, Derya Çamur, Bengü Nehir Buğdaycı Yalçın, Zehra Kılınç, Mine Yenice, Beyhan Cengiz Özyurt

[S102] TIP FAKÜLTESI SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN GELECEKTE ÇOCUK SAHİBİ OLMA İSTEĞİ VE İLİŞKİLİ ETMENLER 334
Hatice Eftal Şeyda Kanal, Onur Ergün, Oğuzhan Gözükara, Rıza Çıtıl

[S103] GENİŞ AİLE YAPISININ BOŞANMA, DOĞUM VE EVLENME EĞİLİMLERİ ÜZERİNDEKI ROLÜ 336
Vildan Şerife Kara, Medine Kocamanoğlu

[S104] ALGILANAN STRES DÜZEYİ ARTTIKÇA PROBLEMLİ CHATGPT KULLANIMI DA ARTIYOR MU? İNTÖRN HEKİMLER ÜZERİNDE BİR ÇALIŞMA 338
Vildan Şerife Kara, Zeynep Sarı Gökoğlu, Fatih Kara

[S105] HASTANE ÇALIŞANLARINDA FAZLA KİLOLULUK/OBEZİTE VE YEME TUTUMU İLİŞKİSİ: VAKA KONTROL ÇALIŞMASI 330
Çiğdem Savaş Duman, Bahar Güçiz Doğan

[S106] KONTEYNER KENTTE YAŞAYAN YETİŞKİNLERDE OBEZİTE VE İLİŞKİLİ RİSK FAKTÖRLERİ: MALATYA ÖRNEĞİ 342
Aleyna Aslan, Metin Fikret Genç, Osman Kurt, Ahmet Burak Avcu, Ayşe Baran, Ali Özer, Harun Kurt

[S107] BÖLGESEL ANALİZ: KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ İLE SEZARYEN ORANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ 344
Vildan Şerife Kara

[S108] YAPAY ZEKA OKURYAZARLIĞI ILE YAPAY ZEKA KAYGI İLIŞKISI: TIP FAKÜLTESİ ASİSTAN HEKİMLERİ ÖRNEĞİ 346
Yasemin Durduran, Esra Hacılar, Hasan Küçükkendirci, Mehtap Yücel, Lutfi Saltuk Demir

[S109] TIP FAKÜLTESI SON SINIF ÖĞRENCİLERİNDE YAPAY ZEKA ARAŞTIRMASI: KESİTSEL BİR ÇALIŞMA 347
Nurhan Meydan Acımış, İklil Ayberk Saraç

[S110] TRABZON İLİNDE YAŞAYAN 20 YAŞ VE ÜSTÜ BİREYLERDE TEKNOLOJİ BAĞIMLILIKLARI PREVALANSI VE ETKILEYEN FAKTÖRLER 349
Behiye Şahbaz, Nazım Ercüment Beyhun, Hilal Çankaya, Ümmügülsüm Özel, Murat Topbaş, Serdar Karakullukçu, Sevil Turhan

[S111] SAĞLIK ALANINDA YAPAY ZEKÂ UYGULAMALARI VE ETİK DÜZENLEME GEREKSİNİMLERİ 351
Sümeyye Şimşek

[S112] TEKNOLOJİNİN KULLANIMI SAĞLIK ALANINDAKI AKADEMİK ÇALIŞMALARA NASIL YÖN VERDİ: DİJİTAL SAĞLIK, MOBİL SAĞLIK, E-SAĞLIK, TELETİP VE YAPAY ZEKÂ KONULU TEZLERİN BİBLİYOMETRİK ANALİZİ 356
Muhammet Ali Bölükbaş, İnci Arıkan, Ece Arık, Buse Turan

[S113] TÜRKİYE'DE YILLARA GÖRE ANNE VE ÇOCUK MORTALİTESİ: BÖLGELER ARASI SAĞLIK EŞİTSİZLİĞİ ANALİZİ 358
Agah Ercömert

[S114] TÜRKİYE'DE SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ VE ÇOCUK MORTALİTESİ ARASINDAKI İLİŞKİNİN BÖLGESEL ANALİZİ 360
Agah Ercömert, Ayşe Akın

[S115] SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN ENGELLİ BİREYLERE YÖNELİK TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ 362
Onur Baydar, Aliye Mandıracıoğlu, Didem Aytimur

[S116] "AFRİKALI OLDUĞUM İÇİN" CİNSEL SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİMDE GÖRÜNMEYEN SINIRLAR: NİTELİKSEL ÇALIŞMA 364
Rumensha Iddris, Nuray Özgülnar

[S117] YAŞLILARDA DİJİTAL EŞİTSİZLİK, KÜLTÜREL SERMAYE VE SAĞLIK DURUMU İLİŞKİSİ 366
Fatih Tolga Ertürk, Ali Köse, Esra Mert, Mehmet Emin Arayıcı, Hatice Şimşek

[S118] MECLİS TUTANAKLARINDA MEVSİMLİK TARIM İŞÇİLİĞİ: 2020-2025 DÖNEMİ ELEŞTİREL SÖYLEM ANALİZİ 368
Buğra Taygun Gülle, Büşra Tozduman

[S119] ROMANLARIN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİ VE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİNE ERİŞİM: İSTANBUL'DA KESİTSEL BİR ÇALIŞMA 370
Pelin Şavlı Emiroğlu, Büşra Albayrak, Burhan Küçükoğlu, Tuğsem Üzer, Ali Kırbaş

[S120] GÖÇMEN MEVSİMLİK TARIM İŞÇİLERİNİN KIRIM KONGO KANAMALI ATEŞİ BİLGİ DÜZEYİ VE İLİŞKİLİ ETMENLER: TOKAT İL ÖRNEĞİ 372
Hatice Eftal Şeyda Kanal, Kamer Kalip

[S121] TOPLUMDA YENİ AŞILARA YÖNELİK TUTUMDA FARKLILAŞMA VE BENZEŞMELER: NİTEL BİR ÇALIŞMA 374
Merve Güleç, Mizgin Sünbül, Burcu Kümbül Güler, Bülent Kılıç

[S122] ÇALIŞMA YAŞAMINDAKI SURİYELİ GÖÇMEN İŞÇİLER: BİR SİSTEMATİK DERLEME 376
Mizgin Sünbül, Alp Ergör

[S123] İZMİR BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİNDE GÖÇMENLERLE ÇALIŞAN PSİKOSOSYAL DESTEK PROFESYONELLERİNİN ÇALIŞMA YAŞAMI İLE İLGİLİ RİSK FAKTÖRLERİ VE BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİ ÜZERİNE NİTEL BİR ÇALIŞMA 378
İbrahim Erol, Ceyda Şahan

[S124] TÜRKİYE İŞ KURUMU (İŞKUR) GENÇLİK PROGRAMINA KATILAN ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE İŞ SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ 380
Hasan Durmuş, Tuğba Coşkun Aslan, Bora Karadağ, Ömer Torun, Arda Borlu

[S125] DEMİR-ÇELİK SANAYİ ÇALIŞANLARININ İŞ KAZALARI VE DEMOGRAFİK ANALİZLERİ 382
Didemnur Doğan, Ali Ayberk Arıcan, Nergiz Sevinç, Erkay Nacar, Bora Çekmen

[S126] SOSYAL GÜVENLİK KURUMU VERİLERİNE GÖRE TÜRKİYE'DE 2015-2024 YILLARINDA GERÇEKLEŞEN İŞ KAZALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ 384
Duygu Kavuncuoğlu, Esra Daharlı

[S127] DOĞANKENT SAĞLIK, EĞİTİM & ARAŞTIRMA BÖLGESİNDE ÇALIŞAN YETİŞKİNLERDE İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ RİSKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ 386
Ayça Nur Arslanpınar, Ferdi Tanır, Burak Mete

[S128] BİR İNŞAAT ŞANTİYESİNDE ÇALIŞANLARIN İŞ GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNÜN NOSAQ-50 ÖLÇEĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ 388
Firdevs Büşra Korkmaz, Ayşe Emel Önal, Sevgi Canbaz

[S129] İLKOKUL 1. SINIF ÖĞRENCİLERİNDE MALNÜTRİSYON VE HANE HALKI BESİN GÜVENCESİZLİĞİ İLİŞKİSİ 390
Fatma Nur Kızılkaya, Türkan Günay

[S130] REFRACTIVE ERRORS AND CORRECTION METHODS AMONG THE MILITARY CONTINGENT: ASSESSMENT OF AWARENESS LEVEL REGARDING OPHTHALMIC TRAUMA 391
Sevinc Orucova

[S131] TÜRKİYE'DE MOTOSİKLET, BİSİKLET VE ELEKTRİKLİ SKUTER KAZALARININ YILLARA GÖRE DEĞİŞİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: EKOLOJİK BİR ÇALIŞMA 392
Emine Gökçen Selçuk, Serap Baysal, Eşref Selçuk

[S132] ANTALYA İLİ BİR MERKEZ İLÇESİNDE İLK VE ORTAOKUL ÖĞRENCİLERİNDE OBEZİTE SIKLIĞI 395
Emsal Çetin, Ali İhsan Bozkurt

[S133] THE EFFECT OF A SELF-COMPASSION DEVELOPMENT PROGRAM ON BULLYING AND VICTIMIZATION AMONG MIDDLE SCHOOL STUDENT 396
Özge Çalıklar, Hasibe Kadıoğl

[S134] DOĞU ANADOLU BÖLGESİ'NDE KIRSAL ÖZELLİKTEKİ İKİ İLÇENİN KÖY OKULLARINDA GERÇEKLEŞTİRİLEN SAĞLIK TARAMASI SONUÇLARI 398
Mehmet Ertan Güner, Furkan Öztürk, Melisa Kesik, Kamer Billur Yücel Özden, Melis Şentürk, Mehmet Faruk Kınay, Buket Güngörmüş, Mehmet Salih Tendir, Ali Baran Naslı, Gözde Çebi Gündüz, Fatih Yapar, Eda Nur Tuğsuz, Yağızalp Sevinç, Ayşe Şahin, Mustafa Enes Özden

[S135] TÜRKİYE'DE SON 10 YILDA ESTETİK GİRİŞİMLERE YÖNELİK TOPLUMSAL İLGİ: GOOGLE TRENDS TEMELLİ BİR ZAMAN SERİSİ ANALİZİ 400
Tahsin Gökhan Telatar, Şule Allahverdi

[S136] İZMİR BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ 2024 YILI ÖLÜM VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ 402
Ferhat Yıldız, Ahmet Soner Emre, Pınar Okyay

[S137] KANAL HASUDER'DE 2024–2025 YAYIN DÖNEMİNDE GERÇEKLEŞTİRİLEN WEBİNERLERİN İZLENME ÖZELLİKLERİ 403
Mehtap Yücel, Burcu Ecem Uğuz, Bengü Nehir Buğdaycı Yalçın, İlke Üçüncü, İpek Gündoğdu, Esra Hacılar, Lütfi Saltuk Demir

[S138] HASTANE ÇALIŞANLARINDA BEL AĞRISI SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERIN BELİRLENMESİ 405
Mehmet Boz, Gülseda Boz, Onur Selçuk Yiğit

[S139] AKADEMİK PERSONELDE KÜRESEL ISINMA VE İKLİM DEĞİŞİKLİKLERİ FARKINDALIĞI: TANIMLAYICI ÇALIŞMA 406
Didem Daymaz Yılmaz, Nimet Tekin, Doğukan Yardımcı, Meral Saygun

[S140] GENÇLERİN İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ VE RUH SAĞLIĞI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİNE İLİŞKİN BAKIŞ AÇILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE KESİTSEL BİR ÇALIŞMA 408
Sümeyye Nur Aydın, Büşra Kara, Hazal Cansu Çulpan, Uğurcan Sayılı, Mehmet Sarper Erdoğan, Ethem Erginöz, Günay Can

[S141] İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ VE SUYLA İLİŞKİLİ HASTALIKLAR: BİBLİYOMETRİK, BİLGİ HARİTALAMA, İÇERİK VE KONU MODELLEME ANALİZİ 410
Serdar Karakullukçu, İrem Dilaver, Fatih Gürcan, Murat Topbaş, Ömer Faruk Savaş, Nazım Ercüment Beyhun

[S142] TÜRKİYE'DE KURAKLIK VE SU KRİZİ: İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ, SU YÖNETİMİ VE HALK SAĞLIĞI PERSPEKTİFİ 412
Nergiz Sevinç, Didemnur Doğan, Resil Coşkun

[S143] İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ VE YAŞLI ÇALIŞANLAR 420
Belgin Oral

[S144] KENT İLE SAĞLIK İLİŞKİSİNİ İRDELEYEN TEZLERİN BİBLİYOMETRİK ANALİZİ 427
Ahmet Furkan Süner, Ahmet Can Bilgin

[S145] TÜRKİYE'DE KARŞILANMAMIŞ SAĞLIK HİZMETİ İHTİYACININ BELİRLEYİCİLERİ: ULUSAL ÖLÇEKTE TOPLUM TABANLI BİR KESİTSEL ÇALIŞMANIN İKİNCİL VERİ ANALİZİ 428
Huriye Çoban, Melike Yavuz, Cem Turan, Çiğdem Çağlayan, Ahmet Alp Aker

[S146] TOPLUM ECZACILARININ HALK SAĞLIĞI ROLLERİNİN DEĞERLENDİRMESİ 430
Şeyma Halaç, Hasan Hüseyin Eker, Mustafa Öztürk

[S147] BİR TIP FAKÜLTESİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNDE TAKVİYE KULLANIMI VE SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANIŞLARI EĞİLİMLERİ 431
Zeynep Zoralan, Didem Aytimur, Işıl Ergin

[S148] DİRENÇLİ SAĞLIK SİSTEMLERİ İÇİN ÖNEMLİ BİR GİRİŞİM: SAĞLIĞI GELİŞTİREN ÜNİVERSİTE VE HASTANE 433
Fatih Tolga Ertürk, Nuri Alp Özünlü, Esra Mert, Gonca Gül Durğay, Caner Şahin, Ceyda Şahan, Cemal Hüseyin Güvercin, Hatice Şimşek Keskin, Ahmet Can Bilgin, Bülent Kılıç

[S149] KADINLARDA DÜZENLİ FİZİKSEL AKTİVİTENİN FAZLA KILO YÖNETİMİNE ETKİSİ: BURDUR İLI ÖRNEĞİ 440
Tuğba Kayacan, Ayşen Til, Selma Kalkan, Fatma Çelik

[S150] HALK SAĞLIĞI HAFTASI 2025 İLETİŞİM KAMPANYASI ETKİ DEĞERLENDİRMESİ....435
Zeynep Devran Muharremoğlu, Çağrı Emin Şahin, Muhammed Atak, Ayşegül Esin

[S151] GIDA TAKVİYELERİ HAKKINDAKİ YOUTUBE VİDEO İÇERİKLERİNİN ANALİZİ....448
Muhammed Furkan Demir, İnci Arıkan, Muammer Yılmaz, Muhammet Ali Bölükbaş, Özgün Soy

[S152] BİRİNCİ BASAMAKTA BESLENME DANIŞMANLIĞI HİZMETLERİNİN DEĞİŞİMİ: 2024–2025 KARŞILAŞTIRMALI ANALIZI....450
Kezban Yavuz Emik

[S153] BİR TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE İMPOSTER FENOMENİ: SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER....451
Çağdaş Sertkaya, İnci Arıkan, Şeyda Ferah Arslan, Fatmanur Özdemir

[S154] GELECEĞİN SAĞLIK İŞ GÜCÜNDE AŞI KARARSIZLIĞININ ANLAŞILMASI: ÜNİVERSİTE TABANLI KESİTSEL BİR ÇALIŞMA....453
Bilgehan Açıkgöz, Ayşegül Ekemen, Meltem Cemre Meydan, Ferruh Niyazi Ayoğlu

[S155] SAĞLIK EĞİTİMİNDE YENİ BİR ARAÇ OLARAK PODCAST: "ROTAMIZ SAĞLIK" ÖRNEĞİ
Göknil Çavuş Konak, Raika Durusoy

[S156] MANİSA'DA KENTSEL BİR BÖLGEDE 18-64 YAŞ ERİŞKİNLERDE DERİ KANSERİ VE GÜNEŞTEN KORUNMA BİLGİ DÜZEYİ....457
Mithat Temizer, İlknur Oruç Özdemir, Şevkiye Özgün, Hande Sena Çiftçi, Hülya Ahsen Uğur, Özlem Kendirci

[S157] KUŞAKLARA GÖRE ULTRA İŞLENMİŞ GIDA TÜKETİMİ, GIDA OKURYAZARLIĞI VE KANSERLE İLİŞKİLİ YAŞAM TARZI....459
Neslihan Öner, Hasan Durmuş, Arda Borlu

[S158] SAĞLIKLI GENÇ YETİŞKİNLERDE DİYETİN FİTOKİMYASAL İÇERİĞİ İLE DİYABET RİSKİ VE KARDİYOMETABOLİK RİSK ARASINDA İLİŞKİ VAR MI?....460
Yağmur Yaşar Fırat, Neslihan Öner

[S159] KAYSERİ İL MERKEZİNDE YETİŞKİNLERİN DERİ KANSERİ VE GÜNEŞİN ZARARLI ETKİLERİNDEN KORUNMA YOLLARI KONUSUNDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI....462
Arda Borlu, Ebru Tan, Hasan Durmuş, Özlem Çelik, Murat Borlu

[S160] TIP FAKÜLTESİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI İLE RUHSAL HASTALIK İNANÇLARI....464
Tuğba Coşkun Aslan, Hasan Durmuş, Şehide Arslan, Halime Şentürk, Arda Borlu

[S161] SAĞLIK ÜZERİNE TOPLUMSAL GÖRÜŞLER: DÜŞÜK SOSYOEKONOMIK BİR MAHALLEDE KATILIMCI BİR PROJE....466
Raissa Uwera, Işık Karlı, Mehmet Akif Sezerol, Selin Davun, Merve Kırlangıç, Kezban Yavuz Emik, Murat Tuğberk Bakar, İlker Kayı, Sibel Sakarya

[S162] DİRENÇLİ BİR SAĞLIK SİSTEMİ OLUŞTURMA YOLUNDA UGANDA SAĞLIK SİSTEMİNDEN ÇIKARTILMASI GEREKEN DERSLER....470
Hadıjah Mbonde, Bülent Kılıç

[S163] TÜRKİYE'DE SAĞLIK PERSONELİ VE YATAK DAĞILIMINDA EŞİTSİZLİK EĞİLİMLERI (2002–2023)....476
Şeyma Yüsra Soğanda, Zeynep Tüzün, Kerem Arısın, Abdullah Uçar

[S164] TÜRKİYE'DE 2014-2023 YILLARI ARASINDA SAĞLIK SİSTEMİ DİRENÇLİLİK KAPASİTESİNİN ÖLÇÜMÜ....478
Büşra Tozduman, İpek Gündoğdu

[S165] DİRENÇLİ SİSTEMLER AÇISINDAN TÜRKİYE'DE NEOLİBERAL SAĞLIK DÖNÜŞÜMÜ VE YOKSULLUKLA İLİŞKİSİ 480
Ali Haydar Demirdaş, Bülent Kılıç

[S166] SAĞLIKLI HAYAT MERKEZİ HİZMETLERİNİN KULLANICI PERSPEKTİFİNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ: KESİTSEL BİR ARAŞTIRMA 487
Kerem Arısın, Zeynep Tüzün, Mehmet Akif Sezerol, Yusuf Çelik, Yusuf Baktır, Kezban Yavuz Emik, Seyhan Hıdıroğlu

[S167] TÜRKİYE'DE ANTİMİKROBİYAL DİRENÇLE MÜCADELEDE TEK SAĞLIK YAKLAŞIMI: ULUSAL EYLEM PLANI ÇALIŞTAYI DENEYİMİ 489
Gamze Ketrez, Fatma Sena Konyalıoğlu, Çağrı Emin Şahin, Muhammed Atak

[S168] ULUSAL SAĞLIK POLİTİKALARINDA EYLEM PLANI HAZIRLAMA SÜRECİ: TÜRKİYE İÇİN BİR ÇERÇEVE 496
Fatma Sena Konyalıoğlu, Gamze Ketrez, Muhammed Atak

[S169] BİR TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE İNTERNET BAĞIMLILIĞI İLE SOSYAL ANKSİYETE VE DÜRTÜSELLİK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ 501
Güvenç Deniz Akmaz, Kemal Macit Hisar

[S170] ÖN HEKİMLERDE İNTÖRNLÜK SÜRECİNİN ÖZ YETERLİK, ANKSİYETE DÜZEYİ VE HEKİMLİK MESLEĞİNE YÖNELİK TUTUMLARINA ETKİSİ 503
Didem Daymaz Yılmaz, Hatice Seymen Güngör, Nimet Tekin, Meral Saygun

[S171] YETİŞKİNLERDE DAVRANIŞSAL BAĞIMLILIK VE DÜRTÜSELLİK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİİ 505
Pelin Şavlı Emiroğlu, Mehmet Burhan Küçükoğlu, Sümeyye Nur Aydın, Merve Tokatlı Doğan

[S172] BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU FARKINDALIK ARAŞTIRMASI: ORDU İLİ ÖRNEĞİ 507
Muhammed Mazhar Orhan, Ayşe Emel Önal

[S173] ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE KISA VIDEO BAĞIMLILIĞI İLE DİKKAT EKSİKLİĞİ BELİRTİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ – KESİTSEL NİCEL ÇALIŞMA 509
Mervenur Bora, Zehra Kılınç

[S174] ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE İNTERNET BAĞIMLILIĞI VE İNTERNET OYUN BAĞIMLILIĞI İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ 511
Mehmet Burhan Küçükoğlu, Pelin Şavlı Emiroğlu, Sümeyye Nur Aydın, Merve Tokatlı Doğan

[S175] PERSPECTIVES ON MENTAL HEALTH INVESTMENT IN SCHOOLS AND WORKPLACES 513
Muhammed Yusuf Özdemir, Hareth Al Janabi, Sarah Jane Fenton

[S176] DEVELOPMENT AND PSYCHOMETRIC EVALUATION OF A HEALTH BELIEF MODEL BASED EMOTIONAL VIOLENCE PERCEPTION SCALE FOR UNIVERSITY STUDENTS 515
Özden Erdem, Ceren Mina Bükrük, Beray Tepebaşı

[S177] STEM (SCIENCE, TECHNOLOGY, ENGINEERING, MATHEMATICS FEN, TEKNOLOJİ, MÜHENDİSLİK VE MATEMATİK) ALANLARINDAKİ KADIN ÖĞRENCİLERİN TOPLUMSAL CİNSİYETE İLİŞKİN TUTUMLARI VE KARİYER KAYGILARININ SAPTANMASI 517
Pınar Dilbaz, Türküler Erdost, Şevkat Bahar Özvarış

[S178] ÜÇÜNCÜ BASAMAKTA MATERNAL ÖLÜME RAMAK KALA VAKALARIN İNCELENMESİ: VAKA-KONTROL ÇALIŞMASI 520
Tuğçe Arslan Torba, Muhammed Fatih Önsüz, Selma Metintaş, Melih Velipaşaoğlu, Mehmet Can Keven

[S179] ŞIRNAK CİZRE'DE DEVLET HASTANESİNE BAŞVURAN GEBELERİN EMZİRME ÖZYETERLİLİKLERİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER 522
Ecenur Yağcı, Ayfer Emlik

[S180] SERVİKS KANSERİNİN SOSYOEKONOMİK DURUM VE HPV AŞISI İLE İLİŞKİSİ 523
Ayşe Nur Taştekin Ayvalı, Neriman Aydın, Neslihan Bayramoğlu Tepe

[S181] GEBE SINIFINA KATILAN GEBELERDE SEZARYEN ORANLARININ TÜRKİYE ULUSAL ORANLARIYLA KARŞILAŞTIRILMASI 525
Leyla Tekdemir, Semiha Zeynep Özsaydı, Rana Baykan Gürüz, Özlem Ulutabanca

[S182] ''GENÇLER KENDİ SAĞLIĞINI KONUŞUYOR'' EĞİTİM PROGRAMININ CİNSEL SAĞLIK BİLGİ DÜZEYİNE ETKİSİ 527
Ayşenur Tosun, Melike Nur Ünver Şimşek, Enes Altuntaş, Duygu Erişkin, İpek Gündoğdu, Ahmet Soner Emre, Türkan Günay

[S183] ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİSİ KADINLARDA MEME KANSERİ VE ÖZ MUAYENE EĞİTİMLERİNİN BİLGİ VE FARKINDALIK DÜZEYLERİNE ETKİSİ 529
Ersin Uskun, Özgür Önal, Sabriye Ercan, Mehtap Savran, Pelin Özkan Buyruk, Gizem Başer, Tuğçe Çamlıca

[S184] TÜRKİYE'DE KADINLARIN AKADEMİDEKİ TEMSİLİ VE CAM TAVAN ETKİSİ: TANIMLAYICI BİR DEĞERLENDİRME 531
Saadet Göksu Çelik Pekerşen

[S185] MANİSA'DA KENTSEL VE YARIKENTSEL BÖLGELERDE YAŞAYAN 18-64 YAŞ EVLİ KADINLARDA KADINA YÖNELİK ŞİDDET SIKLIĞI VE TUTUMU 533
Berna Bilgin Şahin, Hüseyin Buğra Sert, Rojda Baynal, Emir Can Çetin, Kerime Çolak, Mert Güçer, Umut Ulaş İşler, İrem Ozandı, Veli Öztop, Ekin Türker

[S186] ASM'LERDE DOĞUM KONTROLÜ HİZMETLERİ, HEKİM TUTUMLARI VE ALGILANAN ENGELLER: 2022 VE 2024 KARŞILAŞTIRMASI 535
Aslı Davas, Emrah Kırımlı

[S187] KOCAELİ ŞEHİR HASTANESİNE BAŞVURAN GEBELERDE GIDA GÜVENCESİZLİĞİ VE PERİNATAL KOMPLİKASYONLARIN İNCELENMESİ 536
Gonca Yıldırım Coşkun, Çiğdem Çağlayan

[S188] ENDOKRİNOLOJİ KLİNİĞİNE OLİGOMENORE İLE BAŞVURAN HASTALARIN ETİYOLOJİK DEĞERLENDİRMESİ 538
Aslı Saltabaş Şahin, Berna Evranos Öğmen, Mustafa Çomoğlu

[S189] EGE ÜNİVERSİTESİ 5. SINIF TIP ÖĞRENCİLERİNİN TOPLUMSAL CİNSİYET FARKINDALIK DÜZEYİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER 539
Selin Karaca, İrem Şevik, Meltem Çiçeklioğlu

[S190] TÜRKİYE'DE İSTEMLİ DÜŞÜKLERİN SIKLIĞI, NEDENLERİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER: SİSTEMATİK DERLEME 541
Sabanur Çavdar, Özlem Özaydın, Özden Güdük, Mehmet Akif Sezerol, Mahmut Talha Uçar, Özlem Köksal

[S191] GELENEK, ZORUNLULUK VE SAĞLIK: KAN BEDELİ EVLİLİKLERİN KADINLAR ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ 543
Sema Çifçi, Beril Nisa Yaşar, Funda Taş Çetin, Naif Ergün

[S192] AŞI, TARAMA, TEDAVİ: DSÖ SERVİKAL KANSER ELİMİNASYONU 2030 HEDEFLERİNDE NEREDEYİZ? 545
Melike Nur Ünver Şimşek, Türkan Günay

[S193] ISPARTA'DA AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMLERİNDE ŞİDDET OLGUSU VE BEYAZ KOD UYGULAMASININ BİLİNİRLİK DURUMU 551
Gülşen Olgun İzmirli, Yasemin Durduran, Özgür Önal, Mehtap Yücel

[S194] SAĞLIKLI TOPLUMLAR İÇİN NEFRET SÖYLEMİ İLE MÜCADELE 553
Gül Usar Yıldız, Dilek Aslan

[S195] BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KADINA YÖNELİK ŞİDDET BELİRTİLERİNİ TANIMA DURUMLARI VE ETKİLEYEN ETMENLER 563
Elvan Tibet, Türkan Günay

[S196] BİR TIP FAKÜLTESİNDEKİ İNTERN DOKTORLARIN DEPRESYON, ANKSİYETE VE STRES DURUMLARI: LONGİTUDİNAL BİR ÇALIŞMA 565
Burcu Ecem Uğuz, Altuğ Civan, Gülçin Yapıcı

[S197] RUH SAĞLIĞI MESLEK MENSUPLARININ İNTİHAR DAVRANIŞINA YÖNELİK BİLGİ VE TUTUMLARININ İNCELENMESİ İLE BİLGİ VE TUTUMLARININ GELİŞTİRİLMESİNE YÖNELİK BİR MÜDAHALE ÇALIŞMASI 567
Abdullah Emre Güner, Mehmet Burhan Küçükoğlu, Pelin Şavlı Emiroğlu, Sümeyye Nur Aydın, Özge Karadağ, Fahriye Oflaz, Irmak Polat, Sümeyye Yasemin Çallı, Ebru Parlak, Hüseyin Şehit Burhan, Onat Yılmaz, Ali Keyvan, Selma Karabey

[S198] YETİŞKİN BİREYLERİN SİBERKONDRİ, BEDENSEL DUYUMLARI ABARTMA, UYKU VE YAŞAM KALİTESİ DÜZEYLERİ: KESİTSEL BİR ÇALIŞMA 570
Feyza Bardak, Büşra Altınel

[S199] GEBELİKTE E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ 572
Semiha Zeynep Özsaydı, Rana Baykan Gürüz, Leyla Tekdemir, Belgin Oral

[S200] HAVA KURTARMA VE YANGINLA MÜCADELE ÇALIŞANLARININ FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYLERİ İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKI İLİŞKİ 574
Eyyüp Doğan, Hıdır Sarı, Mehmet Özel

[S201] TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ 576
Aliye Bahar Bülbül Çan, Tahsin Gökhan Telatar

[S202] EDİRNE İLİ MERKEZ İLÇESİ HEKİM ŞİFA-I SAĞLIKLI HAYAT MERKEZİNE BAŞVURAN BİREYLERİN KANSER TARAMALARINA YÖNELİK BİLGİ VE TUTUMLARI VE SAĞLIKLI YAŞAM FARKINDALIKLARI 578
Meltem Sözer Yavuz, Prof. Dr. Galip Ekuklu

[S203] TÜRK VE YABANCI ÖĞRENCİLERDE SOSYAL MEDYA BAĞIMLIĞININ VÜCUT KİTLE İNDEKSİNE ETKİSİ 580
Ayşe Tutkun, Nergiz Sevinç, Erkay Nacar, Didemnur Doğan

[S204] SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNDE OBEZİTE YAYGINLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER 582
Serap Salimoğlu, Sare Mıhçıokur

[S205] HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNDE E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞLARINA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ 584
Gülhan Yiğitalp, Abdulsamet Taşkın

[S206] ADAPTATION OF EXTENDED EHEALTH LITERACY SCALE (EHEALS-E) IN TURKISH: VALIDITY AND RELIABILITY ANALYSIS 585
Uğurcan Sayılı, Ayse Sultan Kaya, Sümeyye Nur Aydın

[S207] SANAL GERÇEKLİK DESTEKLİ MÜDAHALELERİNİN ÖĞRENCİLERDE KARDİYOVASKÜLER SAĞLIK DAVRANIŞLARINA ETKİSİ....586
Özge Sürel, Aslıhan Öztürk Eyimaya

[S208] SİGARA VE ELEKTRONİK SİGARA BİR BAŞA ÇIKMA MEKANİZMASI MI?: SAĞLIK BİLİMLERİ ÖĞRENCİLERİNDE BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİ, BAĞIMLILIK VE SİGARA BIRAKMA SÜRECİ ÜZERİNE BİR ANALİZ....588
Bilgehan Açıkgöz, Ayşegül Ekemen, Aybüke Ayan, Rabia Cansel Ağırtmış, Ferruh Niyazi Ayoğlu

[S209] BİR EĞİTİM DENEYİMİ: HALK SAĞLIĞI VE SOSYAL BİLİMLER DERSİ....590
Gökçe Hazar Otçu, Hacer Nalbant, Selma Karabey

[S210] HEALTH SYSTEMS SCIENCE: A NEW PARADIGM IN PUBLIC HEALTH AND HEALTH PROFESSIONS EDUCATION....597

[S211] İSTANBUL'DAKİ BİR ÜNİVERSİTEDE TIP FAKÜLTESİ VE ÇOCUK GELİŞİMİ ÖĞRENCİLERİNİN KÜRESEL İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ FARKINDALIĞI....602
Ayşe Seval Palteki, Mehmet Akif Sezerol

[S212] A HEALTH SYSTEMS SCIENCE–ANCHORED CURRICULUM FOR COMMUNITY-BASED EDUCATION IN MEDICINE AND NURSING CURRICULUM: KARABAKH UNIVERSITY MODEL....603
Mehmet Akman, Günay Muradova, Günel İsaqova, Turan Turkoğlu, Süreyya Mammadova, Türkan Nabiyeva, Gülşah Ünsal Cafarov, Emil Mukhtarov, İkram Rustamov, Samir Babayev, Halil İbrahim Durak

[S213] BİR TIP FAKÜLTESİNİN TOPLUMA YÖNELİK SAĞLIK TARAMASI ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ....605
Fatma Betül Akçakaya Özer, Bedia Özyıldırım, Ceyda Acar, Semra Özçelik

[S214] NORMAL DOĞUM EYLEM PLANI 20. HAFTA ARA İZLEME DEĞERLENDİRME VE POLİTİKA RAPORU....610
Ayşegül Esin, Betül Zehra Pirdal, Çağrı Emin Şahin, Muhammed Atak

[S215] NORMAL DOĞUM EYLEM PLANI 40. HAFTA DEĞERLENDİRMESİ: ÇALIŞTAY RAPORU....615
Bilge Betül Yılmaz, Betül Zehra Pirdal, Çağrı Emin Şahin, Muhammed Atak

[S216] TÜRKİYE'DE 2017-2024 DÖNEMİNDE ANA-ÇOCUK SAĞLIĞI GÖSTERGELERİNİN EĞİLİMİ: RESMİ İDARİ KAYITLARA DAYALI TANIMLAYICI ZAMAN SERİSİ ANALİZİ....619
Kezban Yavuz Emik

[S217] FACTORS INFLUENCING UNMET NEED FOR FAMILY PLANNING AMONG MARRIED NIGERIAN WOMEN....620
Yasmin Aisha Ahmed, Türkan Günay

[S218] EGE ÜNİVERSİTESİ PREKLİNİK TIP ÖĞRENCİLERİNDE MENSTRÜEL SAĞLIK BİLGİ DÜZEYİ VE İLİŞKILI FAKTÖRLER....622
Nilay Öner, İrem Şevik, Meltem Çiçeklioğlu

S[219] TIP FAKÜLTESİ DÖNEM ALTI ÖĞRENCİLERİNİN YAŞ AYRIMCILIĞI VE İLİŞKİLİ ETMENLERİN BELİRLENMESİ....624
Doğukan Yardımcı, Didem Daymaz Yılmaz, Meral Saygun

[S220] BİR ÜNİVERSİTENİN TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN YAŞLI AYRIMCILIĞINA İLİŞKİN TUTUMLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ....626
Batuhan Horasan, Nurhan Meydan Acımış

[S221] BİLİŞSEL VE BOŞ ZAMAN ETKİNLİK ÖLÇEĞİNİN (CLAS) TÜRKÇEYE UYARLANMASI, GÜVENİLİRLİK VE GEÇERLİLİĞİ....628
Göknil Çavuş Konak, Raika Durusoy

[S222] HİSSEDİLEN YAŞ İLE BAŞARILI YAŞLANMA ARASINDAKİ İLİŞKİDE MUTLULUĞUN ARACI ROLÜ 630
Sümeyye Ahi, Hilal Seki Öz

[S223] ERGENLERDE YAŞLI YETİŞKİNLERE YÖNELİK YAŞ AYRIMCILIĞI ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE GEÇERLİK GÜVENİRLİĞİ 631
Edanur Sezgin Keleş, Büşra Yetiş, Ahmet Naci Emecen, Gülşen Salgar, Hatice Şimşek

[S224] BİR YAŞLI BAKIM MERKEZİNDEKİ YAŞLILARIN AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI DURUMU 633
Pelin Bilgin Kahveci, Kübra Çiçek, Berna Bilgin Şahin, Mehmet Muzaffer Kahveci

[S225] KOCAELİ İLİNDE 1991-2024 YILLARINDAKİ MAKSİMUM SICAKLIK TRENDLERİNİN VE SICAK HAVA DALGALARININ İNCELENMESİ 634
Cem Turan, Çiğdem Çağlayan

[S226] BİR İLDE 2023-2024 YILLARINDA MEYDANA GELEN SICAK HAVA DALGALARININ ÖLÜMLERLE OLAN İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ 636
Cem Turan, Çiğdem Çağlayan

[S227] TUZLUKÇU İLÇESİ 18 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERİN KANSER TARAMALARINA YÖNELİK BİLGİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ 638
Seyfettin Abuoğlu, Lütfi Saltuk Demir

[S228] ECZACILARIN SAĞLIK SİSTEMİNİN GÜÇLENDİRİLMESİNDE ROLÜ: SAĞLIK SİSTEMLERİ PERSPEKTİFİNDEN BİR DEĞERLENDİRME 640
Ömrüm Ergüven, Bülent Kılıç

[S229] İZMİR'DE BİR ÜÇÜNCÜ BASAMAK HASTANEYE BAŞVURAN ASTIM HASTALARININ SÜREKLİ HİZMETE ERİŞİMİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER 644
İrem Şevik, Meltem Çiçeklioğlu, Gülistan Karadeniz

[S230] İNTÖRN HEKİMLER İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜKLERİNİN GÖREVLERİNİ BİLİYORLAR MI? 646
Ayşe Emel Önal, Beyza Püren Selcan Emel, Burcu Özkan, Emel Rüya Önal, Meryem Merve Ören Çelik, Tuğrul Erbaydar, Gülsüm Nurhan İnce

[S231] BİRİNCİ BASAMAKTA KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ BAĞLAMINDA SAĞLIKLI HAYAT MERKEZİ DENEYİMİ: SUNULAN HİZMETLERİN NİTELİKSEL DEĞERLENDİRİLMESİ 647
Zeynep Tüzün, Kerem Arısın, Mehmet Akif Sezerol, Yusuf Çelik, Yusuf Baktır, Seyhan Hıdıroğlu

[S232] BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNE MEKANSAL ULAŞILABİLİRLİKTE EŞİTSİZLİKLER: BALIKESİR MERKEZ İLÇELERİ ÜZERİNE COĞRAFİ BIR ANALİZ 649
Salih Keskin

[S233] GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ'NDE ÇALIŞMAKTA OLAN ASİSTAN HEKİMLERİN GIDA TAKVIYESI KULLANIMI KONUSUNDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI 651
Elif Mehpare Tuğral, Neriman Aydın, Elif Okşan Çalıkoğlu

[S234] YEME BOZUKLUĞUNA İLİŞKİN KORKULAR VE PSİKOLOJİK DANIŞMA YARDIMI BEKLENTİLERİNİN OBEZİTE İLE İLİŞKİSİ 653
Ahmet Önder Porsuk, Dilara Ramadan, Çiğdem Cerit, Esra Gümüş Işık

[S235] SAĞLIK İNANÇ MODELİNE DAYALI BESLENME EĞİTİMİNİN KANSER HASTALARININ YAŞAM KALİTESİ VE NÜTRİSYONEL DURUMUNA ETKİSİ 655
Büşra Şen, Ayşe Emel Önal, Sevgi Canbaz, Nimet Emel Lüleci

[S236] BESİN GÜVENCESİZLİĞİNİN OBEZİTE ÜZERİNDEKİ DİREKT VE MODERATÖR ETKİSİ 657
Ferdi Tanır, Burak Mete, Hatice Merve Sadıkoğlu, Şeyma Nur Kutay Güler, Fatma İrem Dağlı, Hakan Demirhindi

[S237] TÜRKİYE'DE NE EĞİTİMDE NE İSTİHDAMDA (NEET) ERGEN VE GENÇ ERİŞKİNLERİN SAĞLIK DURUMU: EKOLOJİK ÇALIŞMA 659
Bahar Marangoz, Alican Bahadır, Cem Yağmur Özdemir

[S238] TIP FAKÜLTESİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNDE GIDA TAKVİYESI KULLANIMI: NİTEL BİR ARAŞTIRMA 661
Pelin Bulut, Bülent Kılıç

[S239] MANİSA'DA SEÇİLEN ÜÇ BÖLGEDE 18 YAŞ VE ÜSTÜ KADIN BİREYLERİN FİTOTERAPİ KONUSUNDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI 663
Sedat Yiğit, Erhan Eser, Zülal Akış, Muhammed Üre, Aslıhan Koşar, Çağla Kumral, Ata Ünal, Mert Açar, Sena Öztürk, Gizem Dereli, Eren Göktürk Demir

SONUÇ BİLDİRGESİ 667

AÇILIŞ KONUŞMASI

SAĞLIKLI TOPLUM, DİRENÇLİ SİSTEM

Prof. Dr. Bülent Kılıç
Kongre Başkanı

Sayın Sağlığı Geliştirme Genel Müdürü, Sayın UNFPA Türkiye temsilcisi, Sayın WHO Azerbaycan ülke temsilcisi, saygıdeğer meslektaşlarım, akademisyenler, değerli konuklar ve sevgili öğrencilerimiz. Hepinizi Halk Sağlığı Uzmanları Derneği adına en içten duygularımla selamlıyor, kongremize hoş geldiniz diyorum.

Değerli Meslektaşlarımız, Sevgili Katılımcılar,

Halk sağlığı alanında ülkemizin en köklü ve kapsamlı bilimsel buluşmalarından biri olan Uluslararası katılımlı Ulusal Halk Sağlığı Kongresini, bu yıl **"Sağlıklı Toplum, Dirençli Sistem"** ana temasıyla gerçekleştirmekten büyük onur ve heyecan duyuyoruz. Küresel sağlık krizlerinin, çevresel tehditlerin, salgınların ve sosyal eşitsizliklerin giderek arttığı bir dönemde, halk sağlığının temel ilkeleri bize her zamankinden daha fazla yol gösteriyor ve halk sağlığı uygulamalarının önemi giderek daha iyi anlaşılıyor. Halk sağlığı bakış açısının; toplumcu yaklaşım, koruyucu hekimlik, sağlık sistemine bütünsel bakış, bölge sağlık yönetimi gibi özelliklerini de dikkate alarak bu yılki kongremizde sağlıklı bir toplum inşa etmenin yollarını, sağlık sistemimizin direnç kapasitesini ve toplumsal dayanıklılığı güçlendirecek stratejileri birlikte tartışacağız.

Salgınlar, iklim krizi ve depremler gibi acil halk sağlığı olayları karşısında, toplumların ve sağlık sistemlerinin dayanıklılığı artık yaşamsal bir öneme sahip. COVID-19 pandemisiyle birlikte öğrendiğimiz en önemli derslerden biri; krizlere yalnızca tepki vermek değil, önceden hazırlıklı olmak, sistemin her düzeyde esneklik ve süreklilik gösterebilmesidir. Kongremizde, afetlerde sağlık hizmeti sunumu, kriz zamanlarında birinci basamak sağlık sisteminin rolü, bilimsel ve toplumcu sağlık yönetimi ve dayanıklı toplumsal yapıların inşası gibi konular derinlemesine ele alınacaktır. Ayrıca günümüzün hızla değişen dünyasında halk sağlığı alanındaki dijitalleşme, yapay zekâ uygulamaları ve hassas tıp uygulamaları başta olmak üzere tüm bilimsel ilerlemelere de açık bir kongre yaşamayı planlıyoruz, istiyoruz.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez öncelikleri arasında yer alan bağışıklama, günümüzde halk sağlığının en güncel mücadele alanlarından birisi olmaya devam etmektedir. Sadece ülkemizde değil tüm dünyada aşı tereddüdü, yalnızca bireyin değil toplumun bağışıklığını da tehdit eden bir sorun olarak karşımızda dururken; bilimsel bilgiye dayalı iletişim stratejileriyle bu tereddüdü azaltmak, sağlık çalışanlarının ve politika yapıcıların ortak sorumluluğudur. Kongremizde, bağışıklama hizmetlerinin güçlendirilmesine yönelik yeni yaklaşımlar, yeni geliştirilen aşılarla ilgili çalışmalar, risk iletişimi yöntemleri ve saha deneyimleri geniş bir perspektifle ele alınmaya çalışılacaktır.

Benzer şekilde, tütün bağımlılığı, önlenebilir hastalıklar ve ölümlerin başlıca nedenlerinden biri olmaya devam etmektedir. Son zamanlarda Sağlık Bakanlığının da politika değişikliği yapmasıyla birlikte halk sağlığı uzmanlarının Sigara Bırakma Polikliniklerinde çalışmaya başlamaları önemli kazanımlarımızdan birisi olmuştur. Ancak bağımlılık ile mücadelede bireysel çabanın ötesine geçerek çevresel, yasal ve toplumsal düzenlemeleri kapsayan bütüncül yaklaşımlara ihtiyaç duyulmaktadır. Kongremiz, tütün kontrol politikaları, dumansız hava sahalarının korunması, gençleri hedefleyen önleyici programlar ve savunuculuk faaliyetleri gibi başlıklarda güncel bilimsel verileri ve etkili uygulamaları tartışmaya açacaktır.

Kongremizin her yıl giderek gelişen bir yapıda olması, genç uzmanların sayısının artması, sahadan gelen başarılı uygulama örnekleri umutlarımızın da artmasına yol açıyor. Bu yılki kongremizin açılışında ülkemizde halk sağlığının kuruluşunu konu alan ***"Halk Sağlığının İzinde"*** başlıklı bir belgeselin de ilk gösterimini yapacağız. Yaklaşık 60 yıllık bir tarihin öyküsünü taçlandıran bir kongre olmasını diliyoruz. Ayrıca kongremizde HASUDER

AÇILIŞ KONUŞMASI

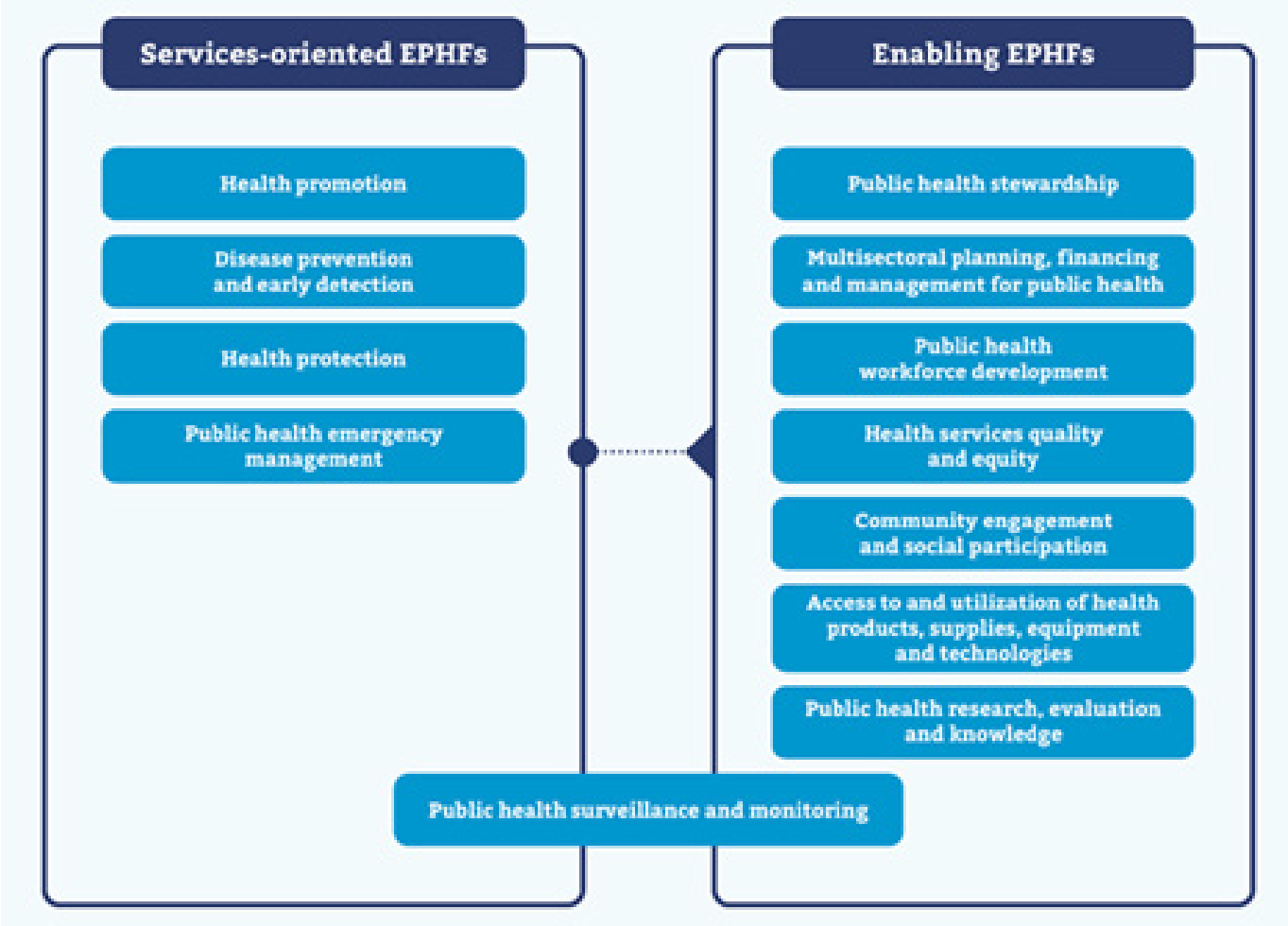
Yönetim Kurulunun (2 yıllık dönem için) ve HASUDER Yeterlik Yürütme Kurulunun (4 yıllık dönem için) seçimi gibi iki önemli Genel Kurulumuz daha olacaktır.

Değerli katılımcılar son olarak sizlere üç önemli konudan daha bahsetmek istiyorum:

1- Burada sadece yıllık bilimsel buluşmamız için değil, aynı zamanda derneğimizin 30. yılını kutlamak üzere bir aradayız. HASUDER olarak 30 yıldır halk sağlığını geliştirmek, eşitsizlikleri azaltmak, bilimsel üretimi güçlendirmek ve ülkemizin dört bir yanında toplum sağlığının savunuculuğunu yapmak için emek veren tüm üyelerimizi, yönetim kurulu üyelerimiz, diğer kurul ve çalışma grubu üyelerini minnetle anıyorum ve teşekkür ediyorum. Kurulduğumuz günden bu yana çok şey değişti: Sağlık sistemimiz dönüşümler geçirdi, toplumun sağlık gereksinimleri çeşitlendi, yeni tehditler ve yeni fırsatlar ortaya çıktı. Ancak değişmeyen bir şey var: Kararlılığımız, enerjimiz, motivasyonumuz, Bilimden, toplum yararından ve etik ilkelerden ödün vermeden çalışma kararlılığımız.

2- Halk sağlığının önemi günümüzde WHO tarafından tanımlanan temel halk sağlığı fonksiyonları (Essential Public Health Functions) ile açıklanmaktadır. Bu işlevler temelde iki ana grupta toplanır. Birinci grup sağlığı koruma, geliştirme, hastalıklardan korunma ve halk sağlığı acilleri üzerine yoğunlaşırken; diğer kısmı insan gücü, yönetim, planlama, araştırma, hizmet sunumu, teknoloji gibi konulara odaklanır. Bu iki ana yapıyı birbirine bağlayan ortak işlev ise sürveyans ve monitörizasyon uygulamalarıdır (bakınız Şekil-1):

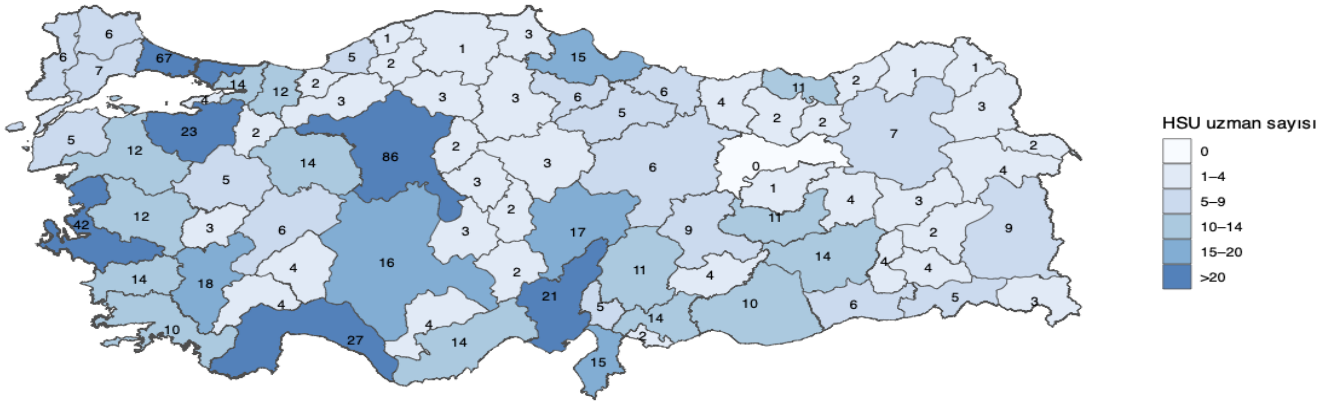
Şekil-1: *Temel Halk Sağlığı Fonksiyonları (Essential Public Health Functions)*



AÇILIŞ KONUŞMASI

Temel halk sağlığı fonksiyonlarının bu kompleks yapısı içinde en önemli bileşeni halk sağlığı insan gücüdür. 2025 yıl sonu itibarıyla Sağlık Bakanlığı içinde yaklaşık 900 civarında halk sağlığı uzmanı çalışmaktadır. Üniversitelerde çalışanlar ve halk sağlığı alanında doktora yapmış olan halk sağlığı doktoraları da bu sayıya eklenirse toplam sayı yaklaşık 1300 dolayındadır. Şekil-2'de Sağlık Bakanlığı kadrolarında çalışmakta olan halk sağlığı uzmanlarının illere göre dağılımı görülmektedir.

Şekil-2: *Sağlık Bakanlığında Çalışmakta Olan Halk Sağlığı Uzmanları (2025)*



Şekil-2'de de görüldüğü üzere yirmi ve üzerinde halk sağlığı uzmanı çalışan il sayısı altı tanedir.

Beşten az uzman olan il sayısı illerin yarısıdır (39 il). Bu durum halk sağlığı uzmanı sayısının yeterli olmadığını ve dağılımının da bozuk olduğunu göstermektedir. Sağlık Bakanlığının kısa sürede her yüz bin kişiye 3 uzman olacak şekilde (2550 uzman) bir planlama yapması ve var olan uzman sayısını iki katı artırması gerekmektedir.

3- Önümüzdeki 5 yıl içinde Türkiye için en önemli halk sağlığı problemleri hangileri olacak şeklinde bir soru sorulduğunda kongre katılımcılarımızın büyük çoğunluğu iklim değişikliği, obezite, yoksulluk, aşı reddi, bulaşıcı hastalıklar ve göç gibi halk sağlığı sorunlarını belirtmiştir (bakınız Şekil-3):

Şekil-3: *Önümüzdeki Beş Yılda Türkiye'yi Bekleyen En Önemli Halk Sağlığı Sorunları (2025)*



Bu tablo önümüzdeki yıllarda Türkiye'de koruyucu hekimlik alanında çalışacak çok sayıda uzmana gereksinim olduğunu göstermektedir.

AÇILIŞ KONUŞMASI

Değerli Katılımcılar,

Kongremiz, yalnızca bir bilimsel etkinlik değil; aynı zamanda dayanışmanın, ortak aklın ve umut dolu bir geleceğin de ifadesidir. Bu nedenle sizlere kongremizin konferanslar, paneller, bildiri sunumları, grup çalışmaları ve çeşitli kurslardan oluşan zengin bilimsel ortamında birlikte olmak, sorunları ve çözüm önerilerini tartışmak, çalışmalarımızı ve deneyimlerimizi paylaşmak için yan yana olabilmek dileğiyle saygılarımızı sunuyoruz.

Birlikte daha sağlıklı bir toplum ve daha dirençli bir sistem mümkün!

Bu duygu ve düşüncelerle kongremizin verimli, ilham verici ve mesleğimizi güçlendiren bir buluşma olmasını diliyorum. Hepinize katılımınız için teşekkür ediyor, saygılarımı sunuyorum.

HASUDER HALK SAĞLIĞI DOSTU ÖDÜLÜ

HASUDER HALK SAĞLIĞI DOSTU ÖDÜLÜ (2025)

UNFPA TÜRKİYE OFİSİ

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu

2025 yılı HASUDER Halk Sağlığı Dostu Ödülü, 6 Şubat Kahramanmaraş depremlerinden sonra HASUDER'in Hatay'da yürüttüğü kadın sağlığı alanındaki hizmet sunumu çalışmalarına verdiği destek ve toplum sağlığına katkılarından dolayı Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) Türkiye Ofisine verilmiştir.

Ödül plaketi 9.Uluslararası ve 27. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'ne katılan UNFPA Türkiye Temsilcisi Sn. Mariam Khan'a Yönetim Kurulu Başkanı Prof. Dr. Bülent Kılıç tarafından takdim edilmiştir.



BİLDİRİ ÖDÜLLERİ

HASUDER EN İYİ BİLDİRİ ÖDÜLÜ

"Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Mekansal Ulaşılabilirlikte Eşitsizlikler: Balıkesir Merkez İlçeleri Üzerine Coğrafi Bir Analiz"

Salih Keskin

HASUDER SAHADA ÇALIŞAN HALK SAĞLIĞI UZMANI BİLDİRİ ÖDÜLÜ

"Gebelikte E-Sağlık Okuryazarlığı ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi"

Semiha Zeynep Özsaydı, Rana Baykan Gürüz, Leyla Tekdemir, Belgin Oral

DR. HAFIZ CEMAL LOKMANHEKİM VE EŞİ SABİHA LOKMANHEKİM SAĞLIK VAKFI BİLDİRİ ÖDÜLÜ

"Meclis Tutanaklarında Mevsimlik Tarım İşçiliği: 2020-2025 Dönemi Eleştirel Söylem Analizi"

Buğra Taygun Gülle, Büşra Tozduman

YASEMİN AÇIK VAKFI BİLDİRİ ÖDÜLÜ

Birincilik

"Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Depresyon, Anksiyete ve Uyku Kalitesinin Sigara Kullanımı İle İlişkileri: Türkiye'de Bir Kesitsel Çalışma"

Ahmet Burak Avcu, Zehra Ulubaba, Umut Emin Ünlü, Nazım Ünlü, Sevde Türkmenoğlu, Münira Nazlı Doğan, Şevval Üner, Ceren Uçar, Eylül Vural, Adulnur Uçar, Numan Ülgen, Deniz Türkmen

İkincilik

"Bağımlılık Danışma Birimine Başvuran Bireylerin Sosyo-demografik Özellikleri ve Tedaviye Yönlendirilme Durumlarının Değerlendirilmesi"

Abdullah Emre Güner, Pelin Şavlı Emiroğlu, Merve Tokatlı Doğan, Mehmet Burhan Küçükoğlu, Sıla Canbal

Üçüncülük

"Bir Küçük Sanayi Sitesinde Çalışanlarda Sigara Kullanım Sıklığı ve Sigara Kullanımını Etkileyen Faktörler"

Beyhan Cengiz Özyurt, Sedat Yiğit, Vildan Küçüksümbül

BİLDİRİ ÖDÜLLERİ

KONUYA ÖZEL BİLDİRİ ÖDÜLLERİ

BULAŞICI HASTALIKLAR BİLDİRİ ÖDÜLÜ

Birincilik

"Aile Sağlığı Çalışanı Aşı İletişimi Eğitiminin Gebelerde Grip Aşısı Kabulüne Etkisi: Bir Müdahale Araştırması"

Burcu Ecem Uğuz, Özüm Yolcu, Fatma Güven, Leyla Üçeş Harmanoğulları, Aslıhan Ardıç Çobaner, Emine Boynukara, Caferi Tayyar Şaşmaz

İkincilik

"Tıp Fakültesi Dönem Altı Öğrencilerinin HPV Bilgi Düzeylerinin, Farkındalıklarının Değerlendirilmesi"

Doğukan Yardımcı, Didem Daymaz Yılmaz, Meral Saygun

Üçüncülük

"Aşı Tereddüdü Olan Bireylerin Bağışıklanma Hakkındaki Görüşleri: Niteliksel Bir Çalışma"

Özden Erdem, Nazan Çalbayram, Rüveyda Ölmez Yalazı

BULAŞICI OLMAYAN HASTALIKLAR BİLDİRİ ÖDÜLÜ

Birincilik

"Pubmed'de, Olumsuz Çocukluk Deneyimleri ve Obezite İlişkisini İnceleyen Yayınların Değerlendirilmesi"

Doğukan Yardımcı, Hilal Yazıcı, Beyza Nur Özkan, Elif Başak Özkan, Bünyamin Yalçınkaya, Ahmet Ertem, Zeliha İlgiz Mermer, Mete Demirel, Benay Topsaç, Buse Tayyibe Ertuğrul, Nuri Kılıç, Burak Çağrı Yıldız, Didem Daymaz Yılmaz

İkincilik

"Manisa'da 18-64 Yaş Arası Bireylerde Obezite Farkındalığı ve Obez Bireylere Yönelik Tutum"

İlknur Oruç Özdemir, Berna Bilgin Şahin, Nur Pınar Bacaksız, Yiğit Bozkurt, Petek Çetin, Necati Berk Ersöz, Berkay Hergül, Nazlı Selen Kürbüz, A. Kaan Mutlu, Sıla Sağnak

Üçüncülük

"Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuranlarda Kanser Taramaları Bilgi, Tutum ve Davranışları"

Mert Aykut Akbulak, Meltem Çöl

BİLDİRİ ÖDÜLLERİ

ÇEVRE SAĞLIĞI BİLDİRİ ÖDÜLÜ

Birincilik

"Türkiye'de 2024 Yılında Meydana Gelen Hava Kirliliğine Atfedilen Akciğer Kanseri Nedenli Ölümlerin AİRQ+ Programı ile Değerlendirilmesi"

Durdunaz Ok, Melike Yavuz, Çiğdem Çağlayan

İkincilik

"Ekolojik Ayak İzi Farkındalığı ve Sağlığı Koruma Davranışlarının X, Y, Z Kuşakları Açısından Değerlendirilmesi"

Melis Uçar Erincin, Asya Banu Babaoğlu, Mustafa Agah Tekindal

Üçüncülük

"Bir Atık Ara Depolama Tesisindeki Sağlık Sektörü Kaynaklı Tehlikeli Atıkların Değerlendirilmesi"

İlknur Ayvaz, Nimet Emel Lüleci

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ BİLDİRİ ÖDÜLÜ

Birincilik

"Kocaeli İlindeki İtfaiyecilerde Genel Sağlık Durumu ve Psikososyal Risklerin Değerlendirilmesi"

Mehmet Ertan Güner, Ahmet Alp Aker

İkincilik

"Bir Üniversite Hastanesinde Gürültü ve Partikül Madde Ölçümleri: 2023-2025 Yılları Değerlendirmesi"

Esra Hacılar, Rabia Çandır, Lütfi Saltuk Demir, Hasan Küçükkendirci, Mustafa Kürşat Ayrancı, Hakan Kaban, Halil Çelik

Üçüncülük

"Çalışma Yaşamındaki Suriyeli Göçmen İşçiler: Bir Sistematik Derleme"

Mizgin Sünbül, Alp Ergör

BİLDİRİ ÖDÜLLERİ

TOPLUMSAL CİNSİYET KADIN VE ÜREME SAĞLIĞI BİLDİRİ ÖDÜLÜ

Birincilik

"Üçüncü Basamakta Maternal Ölüme Ramak Kala Vakaların İncelenmesi: Vaka-Kontrol Çalışması"

Tuğçe Arslan Torba, Muhammed Fatih Önsüz, Selma Metintaş, Melih Velipaşaoğlu, Mehmet Can Keven

İkincilik

"Üniversite Öğrencisi Kadınlarda Meme Kanseri ve Öz Muayene Eğitimlerinin Bilgi ve Farkındalık Düzeylerine Etkisi"

Ersin Uskun, Özgür Önal, Sabriye Ercan, Mehtap Savran, Pelin Özkan Buyruk, Gizem Başer, Tuğçe Çamlıca

Üçüncülük

"Manisa'da Kentsel ve Yarıkentsel Bölgelerde Yaşayan 18-64 Yaş Evli Kadınlarda Kadına Yönelik Şiddet Sıklığı ve Tutumu"

Berna Bilgin Şahin, Hüseyin Buğra Sert, Rojda Baynal, Emir Can Çetin, Kerime Çolak, Mert Güçer, Umut Ulaş İşler, İrem Ozandı, Veli Öztop, Ekin Türker

KONGRE TEMASINA ÖZGÜ BİLDİRİ ÖDÜLÜ

Birincilik

"Türkiye'de Sağlık Personeli ve Yatak Dağılımında Eşitsizlik Eğilimleri (2002–2023)"

Şeyma Yüsra Soğanda, Zeynep Tüzün, Kerem Arısın, Abdullah Uçar

İkincilik

"Türkiye'de Tüberkülozun İl Düzeyindeki Belirleyicileri: Kentsel Sağlık Göstergelerinin Analizi"

Mine Yenice, Nilay Etiler

Üçüncülük

"Türkiye'de Yıllara Göre Anne ve Çocuk Mortalitesi: Bölgeler Arası Sağlık Eşitsizliği Analizi"

Agah Ercömert

DAVETLİ KONUŞMALAR

Resilient *Systems*
Healthy **Community**



Dirençli *Sistemler*
Sağlıklı **Toplum**

DAVETLİ KONUŞMA

INCLUSION AS THE FOUNDATION OF COMMUNITY RESILIENCE

Nellie Kartoğlu
President Extensio et Progressio, Switzerland

Inclusion is central to building resilient communities and strong health systems. Global evidence shows that resilience grows when all communities – particularly in the most vulnerable settings – are engaged, trusted, and empowered to participate in decisions that affect their health and wellbeing.

Communities are more than geographic or administrative units. They are networks of families, neighbours, and workers, sharing experiences, needs, and vulnerabilities. They include, but are not limited to, people with chronic illness, individuals with disabilities, older people, women, adolescents, occupational groups with specific health risks. Each brings insight and capacities essential for strengthening health systems and ensuring equitable health outcomes.

True resilience emerges when communities are meaningfully involved in policy-making, planning, implementation, and shared accountability. Without inclusion, resilience is superficial – with inclusion, it becomes sustainable and equitable.

This principle guided the efforts of the World Health Organization (WHO) to institutionalize community participation. Although the WHO's commitment to ensuring social participation for health system strengthening is being streamlined across a wide range of health programmes, I am referring here exclusively to those WHO initiatives, in which I have been involved.

The WHO's initiative on engaging Civil Society Organizations (CSO) in COVID-19 response at the local level in 2020-2022, illustrated the transformative power of community engagement. Implemented in 40 countries, the initiative helped deliver essential health services to over 80 million people in vulnerable and marginalized settings. Beyond service delivery, it built trust, strengthened governance, and amplified community voices. The lessons from this initiative are documented in WHO's ***Community Assets and Civil Society Outreach in Critical Times***[1], offering practical examples of community-centered health interventions across diverse contexts.

These experiences further informed the WHO's ***Framework for Engaging CSOs in Health Emergencies***[2], as well as contributed to the World Health Assembly ***Resolution on Social Participation***[3], and supported the establishment of the ***WHO Civil Society Commission***[4], ensuring that community voices remain central to health policy.

Türkiye offers a context-specific example of these principles in practice. Although distinct from the **1961 Socialization of Health Services**[5] – which was introduced 17 years before the renowned Alma-Ata Primary Health Care Declaration – Türkiye's current public health system is firmly rooted in *Family Health Centers, Family Physicians,* and *Family Health Workers*, supported by strong institutional structures and a well-trained workforce. Yet, it remains important to reflect on the lessons from the pioneering *village health committees* and the landmark 1961 Socialization of Health Services Law. These committees, which actively involved selected community members, represented an early and remarkable model of community inclusion for resilient health systems – long before such concepts were formally recognized.

1 https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/7e31d1ad-4892-4846-a763-fe9a6e67e9b4/content

2 https://www.who.int/publications/i/item/9789240109520

3 https://www.who.int/news/item/29-05-2024-world-health-assembly-endorses-resolution-on-social-participation

4 https://www.who.int/about/collaboration/civil-society-and-ngo-engagement/civil-society-commission

5 https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.4.224.pdf

Türkiye's experience shows that inclusion strengthens coherence, improves outreach, and enhances resilience, even in the face of immense challenges. One such example is the invaluable contribution of **HASUDER**[6] in responding to the 2023 earthquake, when HASUDER stepped in to deliver essential women's health and psychosocial support, ensuring women and girls were not left behind. This intervention demonstrates that community-led initiatives strengthen resilience not only through service delivery but by fostering dignity, inclusion, and social cohesion.

Global examples keep reinforcing such lessons. The WHO film on social participation and inclusion ***La Riposte***[7] depicts community health workers in West Africa mobilizing during epidemics through trust, solidarity, and engagement rather than top-down directives. Although very different from the Türkiye context, *La Riposte* highlights universal principles: communities are active protectors of health; trust grows through engagement; inclusion enhances response and recovery; and resilience flourishes when people feel part of the system.

The importance of inclusion is further underscored in the context of climate change. **COP30**[8] highlighted that climate-resilient health systems depend on participatory, community-centered governance. As extreme weather, displacement, and emerging health threats intensify, communities are often the first to experience - and the first to respond to - these challenges. COP30 affirmed that resilience is strongest where social participation, trust, and belonging are embedded in health systems.

Bringing together Türkiye's experience, WHO's best-practice evidence, and COP30 outcomes highlights key questions:

- How can inclusion be systematically embedded into preparedness and response as climate and health risks grow?
- How can all communities—not only the most visible—contribute meaningfully to health policy and practice?
- How can Türkiye's strong institutional system collaborate more closely with civil society and marginalized groups?
- How can global frameworks be adapted to local realities while keeping community experiences central?

These questions point to a fundamental truth: community resilience is built by people. Through their relationships, trust, participation, and shared commitment, communities transform health systems from service structures into systems that reflect, respond to, and uphold the well-being of all. Inclusion is not an adjunct to resilience - it is the foundation of resilience.

6 https://reliefweb.int/report/turkiye/after-turkeys-cataclysmic-earthquake-womens-health-programs-offer-model-long-term-disaster-response

7 https://www.youtube.com/watch?v=i9sldZsLQRw

8 https://cop30.br/en

DAVETLİ KONUŞMA

HASUDER PERSPEKTİFİNDEN DİRENÇLİ SAĞLIK SİSTEMLERİ VE HALK SAĞLIĞI UZMANLARI

Prof. Dr. Bülent Kılıç
HASUDER Başkanı

Dirençli sağlık sistemleri hedefine yönelik olarak HASUDER bünyesinde planlanan çalışmalar iki ana başlık altında ele alınabilir:

1) Sağlık sistemine yönelik öneriler;

2) Halk sağlığı uzmanlarına yönelik öneriler.

1) Sağlık Sistemine Yönelik Öneriler: Sağlık Sisteminin Dirençliliği

Bu konuda önerimiz ve perspektifimiz Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından belirlenmiş olan sistemin "dirençlilik" konusunun ele alınmasıdır. DSÖ sağlık sisteminin dirençliliğini sistemin tüm şok ve stresörlere karşı hazır olması, korunması, adapte olması ve absorbe edebilmesi olarak tanımlamaktadır. Bu çerçevede sağlık sisteminin dirençliliği için belirlenen indikatörler altı adettir:

- Sağlık Hizmet Sunumu
- Sağlık İnsan Gücü
- Sağlık Bilgi Sistemi
- Tıbbi Ürünlere Ulaşma İlaç/Tıbbi Teknoloji
- Sağlık Finansmanı
- Yönetişim ve Planlama

Halk sağlığı hizmetleri kısa vadeli, merkeziyetçi ve kanıta dayalı olmayan bir biçimde planlanmaktadır. Hizmet modellerinin iller ve ilçeler arasında değiştiği, uygulamaların büyük ölçüde yöneticilerin inisiyatifine bağlı olduğu görülmektedir. Türkiye'de sağlık sisteminin son beş yıllık performansı; aşırı merkeziyetçi, kötü yönetilen, koruyucu sağlık hizmetlerinin ikinci planda kaldığı ve toplum katılımının zayıflığı gibi çok katmanlı ciddi yapısal sorunlar içermektedir. Sağlık sisteminin etkinliğinin ve sürdürülebilirliğinin artırılabilmesi için; çok sektörlü iş birliğini güçlendiren, liyakat temelli yönetimi esas alan, halk sağlığı perspektifini ve koruyucu sağlık hizmetlerini merkeze koyan ve toplumun aktif katılımını teşvik eden bir sağlık politikası yaklaşımının benimsenmesi zorunlu görünmektedir. Halihazırda son yılların en derin ekonomik krizlerinden birini yaşayan Türkiye'nin, halk sağlığı gibi stratejik bir alanda kamu harcamalarını kısıtlaması, orta ve uzun vadede sağlık göstergelerinde daha ciddi bozulmalara yol açma riski taşımaktadır. Bu nedenle, sağlık politikalarında tedavi edici hizmet odaklı yaklaşımın, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri lehine yeniden dengelenmesi kritik önem taşımaktadır.

Türkiye'de son yıllarda sağlık politikaları alanındaki en kritik sorunlardan biri giderek derinleşen sağlık eşitsizlikleridir. Bebek ve çocuk ölümlerinde ülkenin farklı bölgeleri arasında üç ila dört kata varan farkların bulunması, sağlık hizmetlerine erişim ve sosyal belirleyiciler açısından ciddi yapısal eşitsizliklere işaret etmektedir. Gerek bu eşitsizliklerin azaltılması gerekse yeni ve yeniden ortaya çıkan salgın tehditleri, halk sağlığının merkezi rolünü daha da belirgin hâle getirmektedir. Bu bağlamda, halk sağlığı disiplinine yeterli ve sürdürülebilir kaynak ayrılması, stratejik bir zorunluluk olarak ortaya çıkmaktadır. Özellikle kaynakların; tedavi edici hizmetlerden, koruyucu hizmetlere, çevre sağlığına ve sağlığın sosyal belirleyicilerine yönelik müdahalelere kaydırılması bu aşamada büyük önem taşımaktadır.

Bu süreçte, politik karar vericilerin, akademisyenlerin ve meslek örgütlerinin birlikte çalıştığı, katılımcı ve bilim temelli bir politika üretim sürecine duyulan gereksinim açıktır. Dirençli sağlık sistemlerinin oluşturulması bağlamında, halk sağlığı uzmanlarının bilgi ve deneyimine ve HASUDER'in kurumsal katkısına olan gereksinim giderek artmaktadır. Halk sağlığının güçlendirilmesi, yalnızca sağlık sektörünün değil, Türkiye'nin toplumsal refahının ve geleceğinin korunması açısından da vazgeçilmez bir öncelik olarak değerlendirilmelidir.

2) Halk Sağlığı Uzmanlarına Yönelik Öneriler:

Halk Sağlığı (HS) uzmanı aldığı eğitiminin gereği topluma yönelik olarak planlanan koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri uygulamalarında (aile planlaması, tütünle mücadele, obeziteyle mücadele, iş sağlığı-güvenliği vb) çalışır. Sağlık Bakanlığı kadrolarında çalışmakta olan HS uzmanları, görev tanımlarının net olmaması ve aldıkları eğitimlere uygun olmayan yerlerde çalıştırılmalarından ötürü çeşitli sorunlar yaşamaktadır. Bu sorunlar üç başlık altında toplanabilir:

i) Halk Sağlığı Uzmanlarının Çalışma Koşulları

HS uzmanlarının görev tanımlarının belirsizliği ve HS uzmanının niteliğinin dışındaki işlerde görevlendirmelerin yaygınlığı temel bir sorundur. HS uzmanlarının pratisyen hekim gibi çalıştırılmaları hem mesleki kimliği zedelemekte hem de motivasyonu düşürmektedir. İlçe Sağlık Müdürlükleri ve Toplum Sağlığı Merkezlerinde bu durumun daha sık yaşandığı, bu birimlerdeki yöneticilerin HS uzmanlarının yetki ve sorumluluk alanlarına dair bilgi eksikliği taşıdığı görülmektedir. Mesleki olarak tanınmıyor olmak HS uzmanlarını, sürekli kendilerini kanıtlamaya itmekte, ilerleyen dönemlerde bu yoğun uğraş motivasyon düşüklüğüne neden olmaktadır.

Ayrıca HS uzmanlarının yönetici pozisyonlarında daha fazla yer alması gerektiği de açıktır. Uzmanlık eğitimi sırasında sağlık yönetimi alanında eğitim alan tek uzmanlık dalı HS uzmanlığı olmasına karşın yönetici atamaları genellikle kayırmacı yöntemlerle yapılmakta ve HS uzmanlarına çok az yer verilmektedir. Bu pozisyonlarda çalışan HS uzmanlarının motivasyonunun arttığı görülmektedir.

ii) Halk Sağlığı Hizmetlerinin Sunumunda ve Planlanmasında Problemler

HS uzmanlarının veri temelli planlama süreçlerinde aktif rol üstlenebilecekleri, ancak veriye erişim kısıtlarının bu potansiyeli sınırladığı görülmektedir. HS hizmetlerinde insan gücü yetersizliği birçok yerde ortak bir sorun olarak öne çıkmaktadır. Sağlık Bakanlığının talep ettiği programların yürütülmesi için yeterli personel olmadığı görülmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin HS uzmanları tarafından reçetelenebilmesi gerektiği, örneğin sigara bırakma poliklinikleri, aile planlaması hizmetleri ve salgın incelemesi kapsamında bu yetkilerin tanınması gerektiği açıktır.

iii) Halk Sağlığı Uzmanlarının Hizmet İçi Eğitimi

HS uzmanlarının hizmet içi eğitimi, içerik ve özellikle saha uygulamaları açısından yetersizdir. Mevcut eğitim programları Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatında yürütülen süreçleri yeterince yansıtmamaktadır. Ayrıca uzmanlık öğrencilerinin saha rotasyonlarının da standardize edilmesi, uygulama alanlarının çeşitlendirilmesi ve rotasyonlarda aktif sorumluluk verilmesi gerekmektedir. Bu amaçla üniversiteler ile Sağlık Bakanlığı arasında eğitim araştırma protokollerinin daha kapsamlı olarak geliştirilerek imzalanması ve karşılıklı bilgi paylaşımının güçlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca mezuniyet sonrası eğitimin sürekliliğini sağlamak üzere çevrim içi seminerlerin ve "Halk Sağlığı Okulu" benzeri yapıların desteklenmesi gerekmektedir. Sahada yapılan iyi uygulama örneklerinin duyurulması, yaygınlaştırılması ve uzmanlar arasında deneyim paylaşımının arttırılması için sahada yapılan çalışmaları içeren Sağlık Bakanlığıyla beraber düzenlenecek sempozyumlar ve toplantılar yapılmalıdır.

Sonuç

HS uzmanlarının yaşadığı sorunların görünür kılınması ve çözüm önerilerinin politika düzeyine taşınması noktasında HASUDER'in önemli sorumlulukları vardır. Derneğimiz, sahadaki sorunların Sağlık Bakanlığı'na iletilmesinde aracılık etmeye, mevzuat değişiklik süreçlerini izlemeye ve HS uzmanlarının özlük haklarının güçlendirilmesi için girişimlerde bulunmaya devam edecektir.

Kaynaklar

1. *WHO. (2024) Health system resilience indicators an integrated package for measuring and monitoring health system resilience in countries. World Health Organization, Geneva, 2024.*
2. *HASUDER. (2002). Halk Sağlığı/Toplum Hekimliği Uzmanı Meslek Tanımı, Bilgi ve Beceriler Listesi, Ankara, 2002.*
3. *HASUDER. (2025). İstanbul Bölgesi Sahada Çalışan Halk Sağlığı Uzmanları Toplantı Raporu, 27 Eylül 2025, İstanbul.*
4. *HASUDER. (2025). Doğu Karadeniz Bölgesi Sahada Çalışan Halk Sağlığı Uzmanları Toplantı Raporu, 7 Temmuz 2025, Rize.*
5. *HASUDER. (2025). Doğu Akdeniz Bölgesi Sahada Çalışan Halk Sağlığı Uzmanları Toplantı Raporu, 18 Nisan 2025, Mersin.*
6. *HASUDER. (2024). GÜney Doğu ve Doğu Anadolu Bölgesi Sahada Çalışan Halk Sağlığı Uzmanları Toplantı Raporu, 26-27 Nisan 2024, Diyarbakır.*
7. *HASUDER. (2024). Ankara Bölgesi Sahada Çalışan Halk Sağlığı Uzmanları Toplantı Raporu, 27 Mart 2024, Ankara.*
8. *HASUDER. (2024). İzmir-Manisa Bölgesi Sahada Çalışan Halk Sağlığı Uzmanları Toplantı Raporu, 1 Mart 2024, İzmir.*
9. *HASUDER. (2024). Samsun Bölgesi Sahada Çalışan Halk Sağlığı Uzmanları Toplantı Raporu, 14 Mart 2024, Samsun.*
10. *HASUDER. (2024). Malatya Bölgesi Sahada Çalışan Halk Sağlığı Uzmanları Toplantı Raporu, 28 Şubat 2024, Malatya.*
11. *HASUDER. (2025). Birinci Basamakta Halk Sağlığı Çalıştayı Ön Rapor, 27 Haziran 2025, Ankara.*
12. *HASUDER. (2025). Türkiye'nin Halk Sağlığı Uzmanı Gereksinimi: Planlama - İstihdam ve TUS - YDUS Kontenjanları Çalıştay Raporu, 14 Şubat 2025, Ankara.*
13. *HASUDER. (2022). Halk Sağlığı Uzmanlarının Sağlık Bakanlığı Kadrolarında İstihdamı ve Yöneticilik Durumu Raporu, HASUDER-SPİ Çalışma Grubu, Eylül 2022, Ankara.*
14. *HASUDER. (2022). Sahada Çalışan Halk Sağlığı Uzmanlarının Sorunları, Çözüm Önerileri Raporu, Mart 2022, Ankara.*
15. *HASUDER. (2021). Halk Sağlığı Uzmanları Görev Tanımı ve İstihdamı Çevrim İçi Çalıştay Raporu, HASUDER-SPİ Çalışma Grubu, Çevrimiçi Toplantı, 8 Mayıs 2021.*
16. *HASUDER. (2021). Halk Sağlığı Alanında Eğitim ve İstihdam Sorunları, Çözüm Önerileri Raporu, Halk Sağlığı Kongresi Forum Notları, Çevrimiçi Toplantı, 17 Aralık 2021.*
17. *HASUDER. (2019). Uzmanlık Eğitimi, Hizmet Sunumu ve Mesleki Gelişim Bütünleştirme Çalıştay Raporu, 23 Şubat 2019, Ankara.*
18. *HASUDER. (2015). Toplum Sağlığı Merkezleri Ve Bağlı Birimler Yönetmeliği Çalıştay Raporu, 22 Mart 2015, Ankara.*
19. *Kılıç B, Şahan C, Bahadır H. (2014) "Türkiye'de Halk Sağlığı Uzmanları İçin İnsangücü Planlaması (2013-2023)". Elektronik Kitap, HASUDER Yayın No:2014-1, Ankara, 2014.*

DAVETLİ KONUŞMA

SAVAŞ VE ÇATIŞMA KOŞULLARINDA SAĞLIK HAKKI

Prof. Dr. Feride Aksu Tanık
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Sağlık Hakkı Nedir?

Irk, din, politik inanç, ekonomik ya da sosyal koşullara bakmaksızın, erişilebilecek en yüksek fiziksel ve ruhsal sağlık düzeyinin tadına varabilmek temel bir insan hakkıdır. Sağlık hakkı, insan onuruna yakışır bir yaşam sürmenin temel bileşenidir.

Sağlık hakkı başta yaşam hakkı olmak üzere; güvenli içme suyuna erişim, yeterli sanitasyon, güvenli gıdaya erişim, yeterli beslenme, insan onuruna yakışır barınma koşulları, sağlıklı çalışma ve çevre koşulları, sağlık eğitiminden yararlanabilme ve toplumsal cinsiyet eşitliği gibi başlıkları kapsar.

Sağlık hakkı aynı zamanda; rıza dışı tıbbi tedavi olmama hakkı, tıbbi deneylere katılmama hakkı, aydınlatılmış onam alınması, zorla kısırlaştırma uygulanmaması, işkence vb kaba, insanlık dışı muamele ve cezalandırmaya maruz kalmama gibi özgürlükleri barındırır.

Sağlık hakkı temel sağlık hizmetlerine zamanında ve eşit bir biçimde erişimi, bağışıklama başta olmak üzere hastalıklardan korunma, hastalıkların tedavisi için temel ilaçlara erişimi, ana-çocuk ve üreme sağlığı hizmetlerinden yararlanabilmeyi ve yerel-ulusal düzeyde sağlık konularında karar süreçlerine katılımı sağlayacak yetkilendirmeler içerir.

Bu bağlamda herkesin sağlığını erişilebilecek en yüksek düzeye yükseltebileceği bir sağlığı koruma ve fırsat eşitliği sağlanması gerekir.

Sağlık hakkı hem savaş ve çatışmalarda hem de savaş dışındaki siyasi şiddet dönemlerinde bakıma ihtiyaç duyanları, sağlık çalışanlarını ve sağlık tesislerini korumak için merkezi bir araçtır. Bu durumlarda protestocular, siyasi faaliyetleri nedeniyle çoğu zaman sağlık hizmetine erişimden mahrum bırakılmakta; sağlık çalışanları ise bakım sağladıkları için tutuklanmakta ve yargılanmaktadır.

Uluslararası İnsancıl Hukuk Çerçevesinde Sağlık Hakkı

Literatürde savaş ve çatışma koşullarında sağlık hakkı meselesi öncelikle ve temel olarak Uluslararası İnsancıl Hukuk çerçevesinde, sağlık hizmetlerine erişimin korunması bağlamında ele alınmaktadır. Hasta ve yaralıların sağlık hizmetlerine erişimlerine ilişkin ihlallerin; sağlık emekçilerinin, sağlık kurumlarının ve araçlarının hedef alınmasının önlenmesi, sağlık emekçilerinin Cenevre Konvansiyonunun temel ilkelerine ve tıp etiğine uygun biçimde sorumluluklarını yerine getirebilmelerine uygun koşulların sağlanması vurgulanmaktadır (1).

Silahlı çatışma zamanlarında, uluslararası insancıl hukuk (IHL), sağlık hizmetlerine erişimi korumak için kurallar sağlar. Bu kurallar, devletleri ve devlet dışı silahlı grupları bağlar. Silahlı çatışma eşiğine ulaşmayan durumlarda yalnızca uluslararası insan hakları hukuku (IHRL) ve iç hukuk uygulanır (1).

Sağlık Hakkının Yer Aldığı Uluslararası Belgeler

DSÖ Kuruluş Anayasası (1946), İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi (1948), Uluslararası Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Anlaşması (1966), Kadınlara Karşı Her Tür Ayrımcılığın Ortadan Kaldırılması Konvansiyonu CEDAW (1989), Çocuk Hakları Konvansiyonu (1989), Göçmen İşçilerin ve Ailelerinin Haklarının Korunması Uluslararası Konvansiyonu madde (1990), Engelli Kişilerin Hakları Konvansiyonu (2006), Irk Ayrımcılığının Ortadan Kaldırılması Konvansiyonu (CERD) sağlık hakkının ele alındığı uluslararası belgelerdir.

Sağlık hakkının savaş ve diğer siyasi şiddet durumlarındaki öneminin kabulü ancak son yıllarda gelişmeye

başlamıştır. 2013'te Sağlık Hakkı Özel Raportörü Anand Grover'ın yayımladığı raporunda; güvensizlik ortamının devletlerin sağlık hizmetlerine erişimi sürdürmek için gerekli kaynakları sağlamasını çoğu zaman sınırladığını kabul etmekle birlikte, aşamalı gerçekleştirme yükümlülüğünün sürdüğünü, bunun da "kişilerin muharip ya da sivil olmalarına bakılmaksızın, ayrımcılık olmaksızın sağlık hakkının tam olarak hayata geçirilmesine yönelik somut adımlar" gerektirdiğini vurgulamıştır (2). Kısa süre sonra BM İnsan Hakları Yüksek Komiserliği'nin silahlı çatışmada ekonomik, sosyal ve kültürel haklara ilişkin bir raporu yayınlanmıştır (3). 2018'de ise, Keyfi, Yargısız ve Özet İnfazlar Özel Raportörü Agnes Callamard, karşı-terör hukuku kapsamında insani yardım ve tıbbi bakımın kriminalleştirilmesinin yaşam ve sağlık haklarını ihlal ettiğini gösteren güçlü bir analiz olan "Hayat Kurtarmak Suç Değildir" başlıklı raporu yayımlamıştır (4).

Savaş ve Çatışmalarda Sağlık Hizmetlerine Yönelik Saldırılar

01.01.2016 – 30.11.2025 arasındaki on yıllık dönemde küresel olarak çatışmalarla ilişkili 16917 sağlık hizmetlerine yönelik saldırı olayı bildirilmiştir. Bu olaylarda 4156 sağlık kurumu tahrip edilmiş, 3492 sağlık emekçisi öldürülmüş, 1465 sağlık emekçisi kaçırılmış, 2526 sağlık emekçisi ise tutuklanmıştır. Ayrıca aynı zaman aralığında dünya çapında bildirilen siyasi istikrarsızlık kaynaklı 913 olayda 64 sağlık kurumunun hasar gördüğü, 76 sağlık emekçisinin öldürüldüğü, sekiz sağlık emekçisinin kaçırıldığı ve 853 sağlık emekçisinin tutuklandığı belirtilmektedir (5).

2024 yılında çatışmalarda sağlık hizmetlerine yönelik saldırılar bir önceki yıla göre % 15 artış göstermiş ve 3.600 olay ile dehşet verici bir düzeye erişmiştir: hava, füze ve dron saldırıları; top atışları; tank ateşi; silahlı saldırılar; kundaklama; sağlık tesislerinin yağmalanması ve ele geçirilmesi; ve sağlık çalışanlarının tutuklanması ile alıkonulması. Bu saldırıların en büyük kısmı 2024 yılı itibariyle 1.300'den fazlası Gazze ve Batı Şeria'da gerçekleşmiştir (6).

Kongo Demokratik Cumhuriyeti (KDC)

Çok zengin doğal kaynaklara sahip olan KDC aynı zamanda dünyanın en yoksul ülkeleri arasında yer almaktadır. KDC Belçika sömürgeciliğinden bağımsızlığını kazandıktan bu yana iç çatışmalarla cebelleşmektedir. 1960-1965 Kongo Krizi, Lumumba suikastı, 1996-1997 Birinci Kongo Savaşı, 1998-2003 İkinci Kongo Savaşı, 1999-2007 Ituri Çatışması, Kuzey Kivu'da etnik temizlik ve sonrasında 2004'ten bu yana devam eden Kivu Çatışmaları…

Çatışmalar büyük ölçüde Kongo Demokratik Cumhuriyeti›nin önemli hammaddelerinin kontrolü ile ilgilidir. 1990›lardan bu yana milyonlarca insan öldürülmüş, istismara uğramış ve kaçmak zorunda kalmıştır. Hem hükümet güçleri hem de isyancı gruplar, muhaliflerini aşağılamak ve zayıflatmak için kadınlara ve çocuklara tecavüzü bir silah olarak kullanmış ve kullanmaya devam etmektedir (7).

Çatışmalar, Mart 2024 itibarıyla 7,2 milyon insanın ülke içinde yerinden edilmesiyle küresel çapta en büyük kitlesel yerinden edilme krizine yol açmıştır. Sağlık sektörü, şiddet ve altyapı çöküşü nedeniyle 8,9 milyondan fazla insanın bağışıklama, kronik hastalıkların yönetimi gibi temel tıbbi hizmetlere erişememesiyle en ciddi şekilde etkilenenler arasında yer almaktadır (8).

Sağlık hizmetlerine saldırıların Kongo Demokratik Cumhuriyeti'nin sağlık sistemini ciddi şekilde zayıflattığı, bazı merkezlerin %4.000 kapasite fazlası ile faaliyet göstermeye çalıştığı ifade edilmektedir. Düşük bağışıklama oranları, kolera, sıtma ve kızamık gibi hastalıkların yayılmasını hızlandırmakta ve sınırlı sağlık kaynaklarına daha fazla yük bindirmektedir.

Yıllardır Kongo Demokratik Cumhuriyeti'nin bazı bölgelerinde endemik olan mpox, 2024'te Kuzey ve Güney Kivu eyaletlerinde daha bulaşıcı bir forma dönüşerek Goma ve aşırı kalabalık yerinden edilme bölgelerinde salgınlar ortaya çıkarmış, özellikle çocuklar olmak üzere 6.000'den fazla kişiyi etkileyen ve %8,6 ölüm oranına sahip olan mpox salgınının, sistemin kırılganlığını arttırdığı belirtilmektedir (8).

Gazze

DSÖ 7 Ekim 2023 tarihinden bu yana İsrail'in, Gazze Şeridi'ndeki sağlık tesislerine 697 saldırı düzenlemiş olduğunu belirtmektedir. Bu saldırılarda toplam 747 kişi doğrudan öldürülmüştür. Sağlık tesislerine yönelik saldırılar, aynı zamanda tedavi gören veya barınak arayan çocuklar ve hamile kadınlar da dahil olmak üzere sivillerin ölümüne doğrudan yol açmıştır. Hayati öneme sahip tıbbi bakımın bulunmaması nedeniyle, hastaneye ulaşabilen birçok yaralı Filistinli de yaralarından dolayı hayatını kaybetmişlerdir (9).

2025 yılının Eylül ayının sonunda Gazze'de var olan 36 hastaneden sadece 14'ü ayaktadır, hiçbiri tam kapasite çalışabilir durumda değildir, 17 hastane ise hiç çalışamaz durumdadır. Gazze kentinde sekiz, Deir al Balah kentinde üç, Han Yunus kentinde üç hastane çalışamaz durumdadır (10).

Birleşmiş Milletler Komisyonu, İsrail güvenlik güçlerinin kasıtlı olarak sağlık personeli ve yardım görevlilerini hedef aldığını ve öldürdüğünü tespit etmiştir (11). Yedi Ekim 2023 ile 30 Temmuz 2025 tarihleri arasında, Filistin Kızılayı Derneği'nden (PRCS) 48 personel ve gönüllü, 28'i görev başındayken olmak üzere, öldürülmüştür (12). Gazze'de toplam olarak 1,488 sağlık emekçisi öldürülmüş en az 404 sağlık emekçisi tutuklanmıştır (13).

Kamal Adwan Hastanesi başhekimi olan Dr. Husam Abu Safiya, çocuk hastalıkları ve yeni doğan uzmanıdır. İsrail ordusu hastaneye saldırdığında, güvenlik güçleriyle iletişim kurmak için hastaneden çıkmış, gözaltına alınarak tutuklanmıştır. Aralık 2024'ten bu yana keyfi olarak hapiste tutulmaktadır.

2025 Eylül sonu itibariyle iki yıllık süreçte 20.179'u çocuk olmak üzere 67173 Filistinli öldürülmüştür. Gazze Sağlık Bakanlığı son saldırılarla ölü sayısının 70 bini aştığını belirtmektedir. Öldürülenlerin %83'ü sivildir (14).

2022 Ekim ayında Gazze Şeridinde her iki cinsiyet için beklenen yaşam süresi ortalaması 75,5 yıl idi. Savaşın ilk 12 ayında beklenen yaşam süresi 34,9 yıl azalarak 40,5'e düşmüştür. Yaşam beklentisinde %46,3'lük dramatik bir düşüş olmuştur (10).

Gazze dışında Ukrayna, Lübnan, Myanmar ve Sudan'daki çatışmalarda da sağlık hizmetleri hedef alınmıştır. Myanmar'da 2021 yılında gerçekleşen askeri darbeden bu yana geçen üç yılda 1.500'den fazla saldırı gerçekleşmiştir. 2022'de başlayan Rusya Ukrayna savaşında sağlık hizmetlerine 2.000 saldırı olmuştur. Yine 2023'te Sudan'da savaşın başlamasından bu yana en az 500 saldırı gerçekleşmiştir (6).

Bu saldırıların failleri aynı zamanda savaş ve çatışmalarda sağlık hizmetlerinin ve sivillerin korunmasını sağlamayı hedefleyen yasal çerçeveyi sınırlandırmaya çalışmaktadır. Uluslararası Kızılhaç Komitesi'nin belirttiği üzere kendilerine öldürme ve alıkoyma konusunda hareket serbestisi ya da geniş bir takdir yetkisi elde etmeyi hedeflemektedirler (aktaran: Rubenstein). İsrail, çatışma sırasında ihtiyat ve orantılılık konusundaki yasal gereklilikleri sürekli ihlal etmektedir. Başkan Trump ise İsrail'in savaş suçlarını ele aldıkları için Uluslararası Ceza Mahkemesi çalışanlarına, hatta ailelerine yaptırım uygulamayı gündeme getirmekte, ABD savunma bakanı "kazananlar için bir savaş kanunu" tanımlayabilmektedir!

Sonuç

2027 yılı Cenevre Sözleşmeleri'nin silahlı çatışmalar sırasında sağlık çalışanlarını ve sivilleri koruyan Ek Protokolleri'nin 50. Yıldönümüdür. Bu düzenlemelerin sözden öteye geçmesi için, hesap verebilirliğin merkeze alınması ve bunu yönlendirecek siyasi iradenin de bulunması gerekiyor (6). Savaş suçlarının yargılanması, faillerin hesap vermesi gereklidir.

Savaş ve çatışmalarda sağlık hakkının korunması küresel olarak kolektif bir mücadeleyi gerektirmektedir. Bu bağlamda Türk Tabipleri Birliği ve Britanya Tabip Birliği ortak bir çaba harcamış, 11 ülkenin tabip örgütlerinin imzasıyla bir açık mektup yayınlanmıştır.

Mektupta; Hekimler olarak, en zor koşullarda çalışan meslektaşlarımıza ve halihazırda bir halk sağlığı kriziyle karşı karşıya olan bir topluma karşı işlenen zulümlere sessiz kalamayız. Tüm bu yaşananlarla ilgili daha fazlası yapılmalıdır. Bu bir siyaset meselesi değil, ahlak, insanlık ve adalet meselesidir" denmiş ve ateşkes yapılması, uluslararası insancıl hukuka ve sağlık hizmetlerinin korunmasına saygı gösterilmesi, tıbbi tarafsızlığa saygı gösterilmesi, tüm rehinelerin serbest bırakılması, Birleşmiş Milletler kurumları aracılığıyla Gazze'ye yeterli insani yardımın girmesine izin verilmesi ve Gazze'den tıbbi tahliye sayısının artırılması gerektiği vurgulanmıştır.

Ayrıca İsrail güçleri tarafından sağlık hizmetlerinin hedef alınması, Gazzeli sağlık çalışanlarının keyfi olarak gözaltına alınmaları ve kötü muameleye maruz bırakılmaları ve İsrailli sağlık çalışanlarının Gazze'deki tutuklulara yönelik kötü muameleye karıştığı iddiaları hakkında bağımsız soruşturma yapılması gerekliliği belirtilmiştir.

Dünya Tabipler Birliği'nin Ekim 2025'te Porto'da düzenlenen 76. Genel Kurul'unda Türk Tabipleri Birliği'nin önerisiyle "İsrail Hükümetini Cenevre Sözleşmeleri ve İnsani Hukukun Diğer Uygulanabilir Belgelerine Uymaya Çağıran WMA Kararı" kabul edilmiştir.

Savaş ve çatışmalar sağlığın toplumsal belirleyenlerini olumsuz etkileyerek, Kongo ve Gazze örneklerinde olduğu gibi barınmadan eğitime, tarımsal etkinliklerden gıda güvenliğine ve beslenme sorunlarına, çalışma koşullarından gelir güvencesine uzanan yelpazede bir yıkıma yol açmaktadır. Bu yıkımın üzerine sağlık hizmetlerini, sağlık kurumlarını, sağlık emekçilerini ve sağlık araçlarını hedef alan saldırılar eklenmektedir. Bu yıkımın ve saldırıların hiçbiri kabul edilemez ve önlenmelidir. Çünkü asıl olan barıştır.

Kaynaklar

1. *ICRC (2025) Respecting and Protecting Health Care in Armed Conflicts and in Situations Not Covered by International Humanitarian Law* https://www.icrc.org/sites/default/files/document/file_list/health-care-law-factsheet-icrc-eng.pdf
2. *Anand, G. (2013). UN Special Rapporteur on the right of everyone to the highest attainable standard of physical and mental health, Report of the special rapporteur on the highest attainable standard of physical and mental health, UN Doc. No. A/68/297 (9 August 2013).Available at* https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N13/422/97/PDF/N1342297.pdf?OpenElement
3. *UN High Commissioner for Human Rights, (2015). Protection of economic, social and cultural rights in situations of armed conflict, with a specific focus on the rights to health and to education. UN Doc. No. E/2015/59 (2015). Available at http://ww*w.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=E/2015/59.
4. *Callamard, A. (2018) Special Rapporteur on summary, arbitrary and extra-judicial executions, Saving lives is not a Crime, UN Doc. No. A/73/218 (2018). Available at* https://undocs.org/A/73/314.
5. https://mapaction-maps.herokuapp.com/health?category=Conflict
6. *Rubenstein, L. (2024) Chair, Safeguarding Health in Conflict Coalition*
7. *Mukwege, D (2018). NobelPrize.org. Nobel Prize Outreach AB 2023. Sun. 10 Dec 2023. https://www.nobelprize.org/prizes/peace/2018/mukwege/facts/*
8. *Epidemic Of Violence: Violence Against Health Care In Conflict | 2024; Democratic Republic of Congo.*
9. *WHO (2024) "oPt Emergency Situation Update, Issue 38, 7 Oct 2023–29 July 2024 at 16:00", 29 July 2024.*
10. *Human Rights Council Sixtieth session (2025) Legal analysis of the conduct of Israel in Gaza pursuant to the Convention on the Prevention and Punishment of the Crime of Genocide*
11. *A/HRC/56/CRP.4, para. 255; A/79/232, para. 89. 71*
12. *https://www.ochaopt.org/content/reported-impact-snapshot-gaza-strip-30-july-2025.*
13. *https://www.unocha.org/media-centre/gaza-tal-sultan-aftermath-30-march-2025*
14. *https://www.ochaopt.org/content/humanitarian-situation-update-311-gaza-strip*

DAVETLİ KONUŞMA

SAVAŞ VE ÇATIŞMA ALTINDA GIDA GÜVENCESİ

Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Alp Aker
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Tüm savaş ve çatışmalar sivilleri travma, hastalık veya ölüm riskine sokar ve insani krizler yaratma tehdidi içerir. (Levy ve Sidel, 2008) O halde, savaş her zaman ve her yerde bir halk sağlığı felaketidir.

Dünya'da, çatışmaların sayısında tarihi bir artış gözlenmektedir: 2024 ve 2025, II. Dünya Savaşı'ndan bu yana silahlı çatışmaya giren ülke sayısının en yüksek olduğu yıllar oldu. (UN, 2025) Günümüzde insani krizlerin başlıca hazırlayıcısı çatışmalardır. Dünya Gıda Programının (WFP) yardımlarının büyük bir kısmı çatışma kaynaklı karmaşık insani acillere ayrılmaktadır. (World Food Program USA, 2017)

Savaş ve Çatışmalarda İnsani Kayıplar

20. yy'da çatışmaların doğrudan veya dolaylı etkileri nedeniyle tahminen 191 milyon kişi ölmüştür. Bunun yarısından fazlasını siviller oluşturmaktadır. Bazı savaşlarda ölenlerin %90'ından fazlası sivildir. Gelir düzeyine göre de insani kayıplarda farklılıklar bulunmaktadır. II. Dünya Savaşı'nın sona ermesinden bu yana, savaşlar ve ölümler dünyanın yoksul bölgelerinde, özellikle Afrika ve Asya'nın bazı bölgelerinde yoğunlaşmış, bu çatışmalar sonucunda, tahmini 17 milyon insan doğrudan nedenlerden, 34 milyon insan ise dolaylı nedenlerden hayatını kaybetmiştir. (Levy ve Sidel, 2008)

Savaşlara bağlı ölümler doğrudan veya dolaylı olabilir. Dolaylı ölüm nedenleri arasında malnütrisyon, zorla göç nedeniyle ortaya çıkan salgınlar, oluşan hasar ve personel yetersizliği nedeniyle sağlık kurumlarının hizmet kapasitelerinin düşmesi, artan başvurular nedeniyle yeterli sağlık hizmeti verilememesi yer alır. (Levy ve Sidel, 2008)

Günümüzde, II. Dünya Savaşından bu yana hiç olmadığı kadar fazla sayıda insan şiddet, çatışma ve zulüm nedeniyle yerinden yurdundan olmuş durumdadır. Göç edenler malnütrisyon, enfeksiyon hastalıkları, yaralanma, kriminal veya askeri saldırı riski altındadırlar. (Levy ve Sidel, 2008) 2024 yılı sonunda zulüm, çatışma, şiddet, insan hakları ihlalleri veya kamu düzenini ciddi şekilde bozan olaylar sonucu dünyada göç etmek zorunda kalanların sayısı 123.2 milyon olmuştur. Bunların %73.3'ü düşük ve orta gelirli ülkelere göç etmiş, %67'si komşu bir ülkeye gitmiştir. (UNHCR-The UN Refugee Agency, 2024)

Gıda Güvencesi

FAO'nun gıda güvencesi tanımı, "tüm insanların her zaman, aktif ve sağlıklı bir yaşam için beslenme ihtiyaçlarını ve gıda tercihlerini karşılayan yeterli, güvenli ve besleyici gıdaya fiziksel, sosyal ve ekonomik erişime sahip olduğu bir durum" şeklindedir.

Gıda güvencesinin başlıca 4 boyutu vardır. Gıdanın varlığı (availability), gıdaya ekonomik veya fiziksel erişim (access), gıdanın kullanımı (utilization), gıdanın istikrarı (stability). (EC - FAO Food Security Programme, 2008) Gıda bulunabilirliği, yeterli arzın olmasını sağlar; erişim, insanların ihtiyaç duydukları gıdaya kolayca ulaşabilmeleri anlamına gelir; kullanım, insanların yeterli besin alımına sahip olmaları anlamına gelir; istikrar ise insanların her zaman gıdaya erişip erişemediklerini ifade eder. (Shemyakina, 2022) Savaş ve çatışma durumları gıda güvencesinin tüm boyutlarını olumsuz etkiler.

Gıda Güvencesizliği

Gıda güvencesizliği, "İnsanların normal büyüme ve gelişme ile aktif ve sağlıklı bir yaşam için yeterli miktarda güvenli ve besleyici gıdaya güvenli erişimden yoksun olduğu bir durumdur. Gıda güvencesizliği kronik, mevsimsel veya geçici olabilir. (EC - FAO Food Security Programme, 2008) Kronik gıda güvencesizliği, bir

kişinin normal, aktif ve sağlıklı bir yaşam sürdürmek için uzun süre yeterli gıda tüketememesi durumudur. Akut gıda güvencesizliği ise insanların yaşamlarını veya geçim kaynaklarını tehdit eden her türlü gıda güvencesizliğidir. (World Food Programme, 2025) Tüketilen gıda kalitesini ve miktarını etkilediğinden, gıda güvencesizliği malnütrisyonun başlıca nedenlerinden biridir. (Duque ve diğerleri, 2025) Gıda güvencesizliği yayıldıkça malnütrisyonun nedenleri birbiriyle etkileşime girerek sağlık etkilerinin şiddetlenmesine neden olur. (The High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition (HLPE-FSN), 2024)

Dünya genelinde, 2024 yılında tahmini olarak insanların %31.9'u (2.60 milyar kişi) sağlıklı beslenmeyi karşılayacak bir gelire sahip değildi. 2024 yılında orta şiddetli-şiddetli gıda güvencesizliği küresel prevalansının %28.0 olduğu tahmin edilmektedir. Bu, 2.3 milyar kişiye karşılık gelmektedir ve pandemi öncesi 2019 yılına göre 335 milyonluk bir artış olduğu anlamına gelmektedir. Orta şiddetli-şiddetli gıda güvencesizliği sıklığı kırsalda %32.0'ye çıkarken kentsel bölgelerde %23.9'dur. (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2025)

2025 sonunda Dünya Gıda Programı'nın (WFP) kırılgan toplumlara yardım ulaştırdığı ülkelerde en az 318 milyon kişinin akut güvencesizliği ile karşı karşıya olduğu bildirilmiştir. Bunlardan 41.1 milyonu IPC sınıflamasına göre Evre 4 Acil durum veya daha ileri aşamadadır. Filistin'de (Gazze Şeridi) ve Sudan'ın bazı bölgelerinde kıtlık olduğu doğrulanmıştır. WFP'ye göre 2026 Mayıs ayına kadar felaket derecesinde kıtlık görülme riski olan ülkeler arasında Haiti, Mali, Filistin, Güney Sudan, Sudan ve Yemen yer almaktadır. Afganistan, Kongo Demokratik Cumhuriyeti, Myanmar, Nijerya, Somali ve Suriye ise, kötüleşen koşullar ve halihazırda acil gıda güvencesizliği yaşayan büyük nüfusları nedeniyle büyük endişe uyandırmaktadır. (WFP, 2025b)

Kırılgan gruplara bakıldığında durum oldukça vahimdir: 5 yaşın altındaki yaklaşık 38 milyon çocuk, 26 beslenme krizi süresince akut malnütrisyon yaşarken, 12 milyon hamile ve emziren kadın hala yetersiz beslenmeye devam etmektedir. (WFP, 2025b)

Savaş, Çatışmalar ve Gıda Güvencesizliği

Savaşlar ve çatışmalar açlığın hazırlayıcısı gıda güvencesizliğinin en başta gelen nedenlerindendir. Çatışma ve savaşlar gıda, sağlık ve bakım alanlarının hepsini olumsuz etkiler. Bu durum sinerjistik etkisiyle malnütrisyon ve mortalite hızının üstel olarak artmasına ve insani felakete neden olur. (The High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition (HLPE-FSN), 2024) Savaşlarda gıda güvencesizliği ve bununla ilişkili malnütrisyon, açlık ve kıtlık; tarımın aksaması, gıda ticaretinin engellenmesi, evinden ayrılma ve kamplardaki mülteciler ve ülke içinde yerinden edilmiş kişiler için sınırlı tedarik nedeniyle ortaya çıkabilir. (Levy ve Sidel, 2008)

Silahlı çatışmalar karmaşık acil durumlardır. Çatışmalar insanların yerlerinden olmasına, pazarların ve altyapının yok olmasına, sonuçta tarımsal üretimin ve gıdaya erişimin azalmasına neden olur. (World Food Program USA, 2017) 2025 yılında, akut gıda güvencesizliği yaşayan insanların %69'u (219 milyon kişi) kırılgan veya çatışmalardan etkilenen ülkelerde yaşıyordu. Silahlı şiddetin, en yüksek endişe kaynağı olan Haiti, Mali, Filistin, Güney Sudan, Sudan ve Yemen de dahil olmak üzere 16 açlık noktasından 14'ünde gıda güvencesizliğini daha da kötüleştirmesi beklenmektedir. Bu ortamlarda kadınlar, çocuklar, engelliler ve marjinal topluluklar, şiddet, dışlanma ve gıda ve insani yardıma erişim engelleriyle artan şekilde karşı karşıya kalmaktadır. (WFP, 2025b)

Silahlı çatışmalar, düşük gıda güvencesi ile güçlü bir şekilde ilişkilidir. Çatışma ve savaşlar, maddi varlıkların kaybı, toplulukların başa çıkma kapasitelerinin zayıflaması ve sosyal destek sistemlerinin çökmesi yoluyla gıda güvencesizliğini tetikleyebilir. Çatışma ve uzun süreli kriz yaşayan ülkelerde yetersiz beslenen insanların oranı, diğer gelişmekte olan ülkelerdekinden neredeyse üç kat daha fazladır. (The High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition (HLPE-FSN), 2024)

Dünya'da halen Gazze, Sudan, Güney Sudan ve Yemen gibi birçok çatışma bölgesinde savaş kaynaklı açlık sürmektedir. BM Gıda Güvenliği ve Beslenme Konusunda Üst Düzey Uzman Paneli'ne göre savaş ve çatışmalardan etkilenen ve gıda krizi yaşayan ülkeler arasında Afganistan, Burkina Faso, Kongo Demokratik Cumhuriyeti, Haiti, Mali, Pakistan, Somali, GÜney Sudan, Suriye Arap Cumhuriyeti, Yemen, Gazze ve Sudan bulunmaktadır.

Çatışmaların tetiklediği çok sayıda açlık ve akut gıda güvencesizliği krizleri günümüzde 59 ülkede yaklaşık 282 milyon kişinin yüksek derecede akut gıda güvencesizliği yaşamasına neden olmaktadır. Kırılgan devletler, çatışma, aşırı hava olayları, iklim değişiklikleri ve ekonomik şoklar gibi birbiriyle ilişkili ve üst üste eklenen yapısal zaafiyetler bu sonucu doğurmaktadır. Savaş ve uzamış çatışmaların doğrudan yol açtığı gıda krizi ise 20 ülkede 135 milyon kişiyi etkilemektedir. Bu insanların sayısı 2023'te, bir önceki yıla göre 24 milyon artmıştır. (The High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition (HLPE-FSN), 2024)

Her gıda krizi, çatışmanın niteliği, coğrafya ve etkilenen nüfusun büyüklüğü gibi yerel faktörlere bağlı olarak kendine özgüdür. Ancak, çatışmalardan kaynaklanan gıda krizleri insan eliyle yaratılan trajedilerdir ve bu nedenle önlenebilirler. (The High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition (HLPE-FSN), 2024)

Tarımsal Faaliyetlerin Azalması

Çatışmalar; üretim, hasat, işleme ve nakliyeden girdi tedarikine, finansmana, pazarlamaya ve tüketime kadar gıda sisteminin neredeyse her halkasını olumsuz etkiler. Silahlı çatışmalar en çok gıdanın çiftlikten sofraya taşınmasında kilit rol oynayan tedarik zinciri altyapısını etkilemektedir. (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2025) Yine savaş ve çatışmalar su ve toprak kirliliğine (mayınlar, kimyasal silahlar), yıkımlara, yangın ve kontaminasyonlara yol açarak çevresel etkilerle dolaylı olarak gıda güvencesizliğine neden olurlar.

Çatışmalar tarımsal faaliyetleri kısıtlayarak gıda üretimini azaltır.

- Çatışmaların çoğu kırsalda meydana gelir ve çatışmalar tarım alanlarını yok eder veya kirletir, sulama kanalları, köprüler, depolar ve işleme tesisleri gibi altyapıya zarar verir.
- Çiftçiler veya balıkçılar kısıtlamalar nedeniyle çalışamazlar, savaştan kaçmış olabilirler veya zorla silah altına alınmış olabilirler.
- Tarlalar talan edilebilir veya yakıp yok edilebilir.
- Tohum rezervleri yok olursa, bir sonraki ekim tehlikeye girebilir.
- Çatışmalar hayvancılığa özellikle zarar verir. Hayvanlar ölebilir veya beslemek, su temin etmek zorlaşabilir.
- Hayvan pazarları ve veterinerlik hizmetleri ortadan kalkabilir. (The High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition (HLPE-FSN), 2024)

Ekonominin Kötüleşmesi

Silahlı çatışmalar ekonomik aktiviteleri kesintiye uğratarak genel fiyat seviyesinin yükselmesine ve üretimin düşmesine neden olur. Bütün bunlar hane gelirlerini düşürerek gıda güvencesizliği ve enerji yoksulluğuna neden olur. (UNICEF, 2025) Çatışmalar, yine kitlesel işsizlik ve sosyal hizmetlerin çökmesi yolundan gıdaya erişimi kısıtlar. Öte yandan, devalüasyon, fiyat enflasyonu, pazarların ortadan kalkması veya bozulması, yokluklar nedeniyle gıda ithalatına bağımlı hale gelme gibi nedenler temel gıdaları nüfusun büyük çoğunluğu için erişilemez kılar. (The High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition (HLPE-FSN), 2024)

Gıda Fiyatlarının Yükselmesi

Çatışmalar gıda fiyatlarını artırarak gıdanın satın alınabilirliğini olumsuz etkilemektedir. 2022 GFSI indeksine göre, Ukrayna savaşı'nın başlangıcından itibaren enerji, gübre ve ürün fiyat maliyetlerindeki artış nedeniyle temel gıdaların fiyatı %30 artmıştır. Savaş ve çatışmaların tedarik zincirini bozucu etkileri vardır. Çatışmalara bağlı gıda fiyatı krizi, küresel iklim değişikliği, yaygın yoksulluk ile eşzamanlı yaşanarak küresel gıda güvencesinde endemik ve yayın risklere neden olmaktadır. Yüksek gıda fiyatları, eğer önlem alınmazsa yeni normal olabilir. (Economist

Impact, 2022) Çatışmalardan etkilenen ülkelerde gerçek ücretlerde devamlı bir düşüş olması hanelerin temel gıda gereksinimlerini karşılamalarını daha da güçleştirmektedir. Bu gibi ülkelerde ücretler hızla artan gıda fiyatlarının çok gerisinde kalmaktadır. (FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO, 2025)

Artan gıda ve yakıt fiyatlarına karşı en kırılgan ülkelerin birçoğu (Etiyopya, Afganistan, Myanmar ve Yemen gibi) aynı anda çatışma ile kuraklık dahil aşırı iklim olaylarına maruz kalmaktadırlar. Buğdayının %80'ini Ukrayna ve Rusya'dan temin eden Mısır'da ekmek fiyatları savaşla birlikte %25 artmıştır. (Osendarp ve diğerleri, 2022)

İstikrarsızlık ve Çatışma Nedeni Olarak Gıda Güvencesizliği

Gıda güvencesizliği, aşırı yoksulluk ve yoksunluğun diğer biçimleri ve nedenleriyle yakından ilişkili olup devletlerin istikrarını kaybetmesiyle bağlantılıdır. Açlık yalnızca insani bir kriz değil; aynı zamanda, ülke yönetimlerini zayıflatan, çatışmaları körükleyen ve küresel güvenliği baltalayan sessiz bir istikrarsızlaştırıcıdır. Kontrol altına alınmazsa olumsuz etkileri sınır ötesi dalgalanmalara yol açar. (WFP, 2025b)

Savaşlar ve çatışmalar gıda güvencesizliğinin önemli bir nedeni olduğu gibi gıda güvencesizliği de çatışma ve içsavaşların nedenleri arasında yer alır. 2011 yılındaki Arap Baharı hareketi ve Suriye'deki krizin uzun süreli ve tarihi kuraklık ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Yakın zamanlarda, gıda güvencesizliği ve istikrarsızlığın birbirini besleyen doğası, Kuzeydoğu Nijerya, Somali, Güney Sudan ve Yemen'deki dört kıtlık tehdidiyle ilişkili olarak giderek daha fazla dile getirilmektedir. (World Food Program USA, 2017)

Kabul Edilemez Bir Savaş Yöntemi: Sivilleri Açlığa Mahkum Etme

Sivil halkı açlığa mahkum etme, tarih boyunca "düşmanların" direnme gücünü kırmak, saf dışı bırakmak için kullanılmıştır. Savaşlar bunun en sık uygulandığı zamanlardır.

20. yüzyılda çatışma veya soykırımla yakından ilişkili kıtlıklar en az 40 milyon insanın ölümüne yol açmıştır. (Levy ve Sidel, 2008) Yaygın şekilde açlığa mahkum bırakma daha önce görülmemiş bir düzeyde savaş silahı olarak sivil toplumlara karşı kullanılmaktadır. 2025 yılında 1.2 milyondan fazla insan IPC sınıflandırmasına göre (Integrated Food Security Phase Classification) evre 5 yani felaket düzeyinde açlık koşullarına mahkumdur. Bu açlıklar, sadece bir nesli etkilememekte, nesiller arası travma ve hasara neden olmaktadır. (Osendarp ve diğerleri, 2025)

Benimsenen yöntemler arasında gıda sistemlerinin kasıtlı olarak tahrip edilmesi (özellikle tarım arazilerinin [örneğin Sudan, Ukrayna ve Filistin]), gıda yardımının kesilmesi veya kısıtlanması (örneğin Yemen ve Filistin) ve tek taraflı zorlayıcı önlemler (örneğin Sudan, Venezuela ve Suriye) sayılabilir. (Rockström ve diğerleri, 2025) Birçok silahlı çatışmada sivil halkın gıda dahil temel hizmet ve mallara erişimi istemli olarak kısıtlanmakta, hayatı zorlaştırmak ve açlık yaratmak amacıyla pazarlar ve limanlar hedef alınmakta, toplumlar kuşatma altında tutulmaktadır. Bu gibi zamanlarda insani gıda yardımları hayati bir destek sağlayabilir. (The High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition (HLPE-FSN), 2024)

Uluslararası Sözleşmeler

Beslenme hakkı temel ve evrensel bir insan hakkıdır. Gıda ve suya erişimin engellenmesi, savaş zamanlarında sivillerin korunmasına ilişkin Cenevre Sözleşmeleri ve protokolleri de dahil olmak üzere uluslararası insan hukukunun ihlalidir.

2018 yılında, artan açlık ve silahlı çatışmaların milyonlarca insan için oluşturduğu kıtlık tehdidine yanıt olarak, Birleşmiş Milletler Güvenlik Konseyi (BMGK), silahlı çatışma ve gıda güvensizliği arasındaki bağlantıya dair 2417 sayılı Kararı oybirliğiyle kabul etmiştir. BMGK 2417 Kararı, aç bırakmanın (starvation), bir savaş yöntemi

olarak sivillere karşı kasıtlı olarak kullanılmasını savaş suçu olarak tanımlamaktadır. (The High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition (HLPE-FSN), 2024)

IPC Gıda Güvencesi Sınıflandırması

IPC (The Integrated Food Security Phase Classification), çeşitli geçim kaynakları ihtiyaçlarına dayalı olarak gıda güvenliği krizleri için bir sınıflandırma sistemidir. (EC - FAO Food Security Programme, 2008) Küresel düzeyde, IPC ortaklığı, aralarında FAO, UNDP, Dünya Bankası, WFP, DSÖ ve Oxfam'ın da bulunduğu 21 kuruluş ve hükümetlerarası kurumu kapsamaktadır.

Tablo: *IPC sınıflandırmasına göre akut gıda güvencesizliği (EC - FAO Food Security Programme, 2008; IPC - Integrated Food Security Phase Classification, t.y.)*

IPC Faz Sınıflandırması	Endikatörler
Minimal/yok	● Kaba mortalite hızı ● Malnütrisyon prevalansı ● Gıdaya erişim/gıdanın mevcudiyeti ● Diyet çeşitliliği ● Suya erişim/suyun mevcudiyeti ● Baş etme stratejileri ● Geçim kaynakları
Stresli	
Kriz	
Acil durum	
Felaket/Kıtlık	

Akut gıda güvencesizliği ölçeği, akut malnütrisyon tanımı ile tamamlanmaktadır. Akut gıda güvencesizliği 3. basamakta başlamaktadır. Akut malnütrisyon çocuklarda zayıflık (kol çevresi veya boya göre kilo oranıyla ölçülür) veya ödem varlığıyla ifade edilir.

IPC'ye göre kıtlık, aşağıdaki eşiklerde veya bu eşiklerin üzerinde değerleri olan veya olması muhtemel bölgelerde mevcuttur:

- Çok yetersiz gıda tüketimine sahip hanelerin oranı ≥%20;
- 6-59 aylık çocukların ≥%30'u akut malnütrisyonlu; ve
- Kaba ölüm hızı (KÖH): Günde 10.000 kişi başına > 2 ölüm. (The High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition (HLPE-FSN), 2024)

Öte yandan, IPC tarafından kıtlık olduğu ilan edildiğinde genellikle geç olmakta ve çok sayıda önlenebilir ölüm gerçekleşmiş olmaktadır. Uluslararası toplumun harekete geçmesi ve bağışçıların, IPC tarafından henüz 5. Evre Felaket/Kıtlık ilan edilmemiş olsa bile yardımları finanse etmesi gerekmektedir. (The High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition (HLPE-FSN), 2024)

Savaş ve Gıda Güvencesizliğine Dair Dünyadan Örnekler

Dünya Bankası'na göre 2025 yılında kırılgan ve çatışmalardan etkilenen ülkeler şunlardır: Afganistan, Burkina Faso, Kamerun, Orta Afrika Cumhuriyeti, Kongo Demokratik Cumhuriyeti, Etiyopya, Haiti, Irak, Lübnan, Mali, Mozambik, Myanmar, Nijer, Nijerya, Somali, Güney Sudan, Sudan, Suriye Arap Cumhuriyeti, Ukrayna, Batı Şeria ve Gazze (bölge), Yemen Cumhuriyeti. (World Bank, 2025)

Gazze

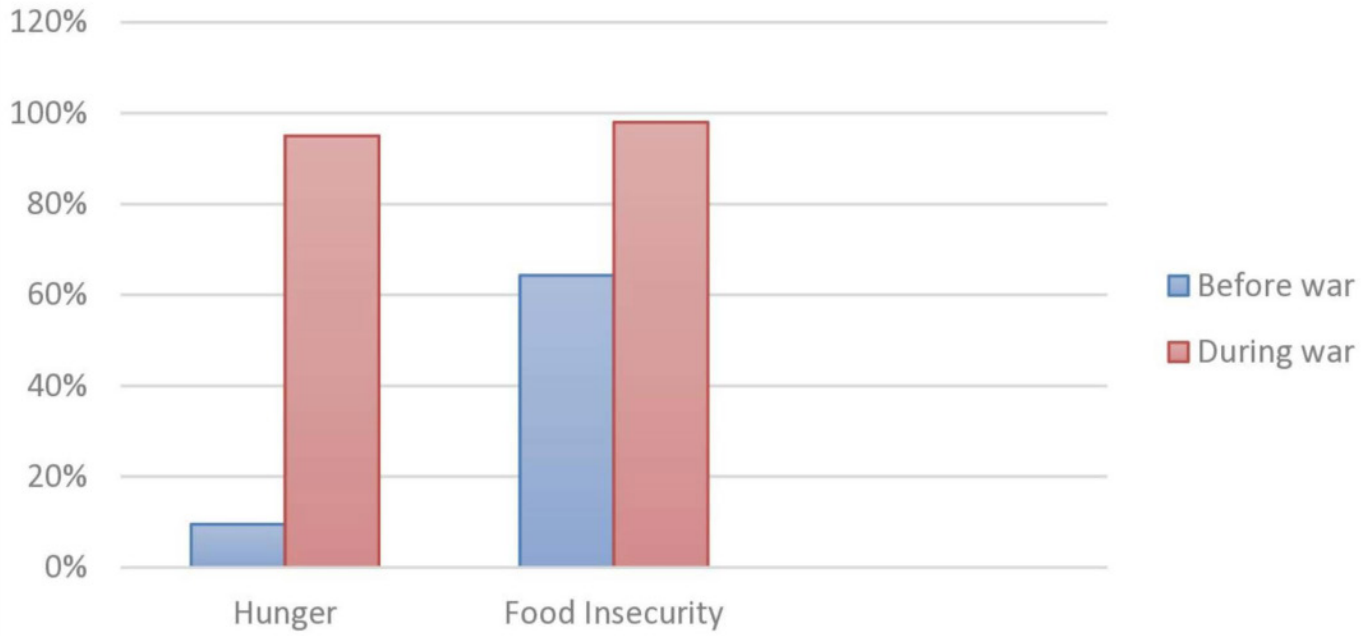
Filistin'e bağlı Gazze Şeridi yaklaşık 365 km2 yüzölçüme ve 2.34 milyon nüfusa sahiptir. İsrail ile savaşın

başlamasından bu yana yaklaşık 85.750 Gazzelinin hayatını kaybettiği tahmin edilmektedir. Hanelerin %54'ünün evleri tamamen yıkılmıştır. (Faris ve diğerleri, 2025)

Gazze'de kasıtlı olarak Filistin halkına yiyecek ve su verilmemesi, uluslararası insan hakları olan yiyecek ve su hakkının ihlali ve insan haklarının ihlalidir. (IPES-Food panel, 2025)

Gazze'de nüfusun neredeyse tamamı (2.15 milyon, %96) yüksek derecede akut gıda güvencesizliği ve akut malnütrisyonla karşı karşıyadır. Bölge bütün olarak IPC Evre 4 (Acil durum) kategorisindedir. Yaklaşık 677.000 kişi Felaket/Kıtlık evresindedir. (IPC Evre 5) (The High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition (HLPE-FSN), 2024)

Şekil. *Gazze Şeridi'nde savaş öncesi ve sonrasında açlık ve gıda güvencesizliği prevalansı (Faris ve diğerleri, 2025)*



BM Dünya Gıda Programı, akut malnütrisyonun daha da kötüleşmesinin beklendiği Gazze'de 132.000 çocuğun Haziran 2026'ya kadar akut malnütrisyon nedeniyle ölüm riski altında olduğunu tahmin etmektedir. (WFP, 2025a) Nisan 2025'ten bu yana, 20.000'den fazla çocuk akut yetersiz beslenme nedeniyle hastaneye kaldırılmış ve çoğu, açlık ve insani yardım eksikliğinden hayatını kaybetmiştir. (IPES-Food panel, 2025) Yetersiz miktarda ve kalitede gıda ile karakterize edilen bu kronik gıda güvensizliğinin, mevcut ve gelecek nesillerin sağlığı üzerinde epigenetik etkiler de dahil olmak üzere uzun vadeli sonuçlara yol açabileceği belirtilmektedir. (Faris ve diğerleri, 2025)

Gıdaya erişim mümkün olduğunda da fiyatlar aşırı yükselmiştir. Ekim 2023 ile Temmuz 2025 arasında un fiyatı neredeyse %3000, temel meyve ve sebzelerin fiyatları ise %5000'e kadar artmıştır. Aynı zamanda, Gazze Şeridi'nin ana kıyı akiferindeki suyun %97'sinden fazlası artık DSÖ su kalite standartlarını karşılamamaktadır. İnsani yardımlar ise, sınırların kapatılması ve yardım görevlilerine ve dağıtım yollarına yönelik saldırılar yoluyla kasıtlı olarak engellenmektedir. Gazze nüfusunun tamamı şu anda yetersiz beslenme ve susuzluktan kaynaklanan ciddi ve kalıcı fiziksel ve zihinsel hasarla karşı karşıyadır. (IPES-Food panel, 2025)

Yemen

Dünya Bankası'na göre 30 milyonluk Yemen, yıllardır süren çatışmalar, kötüleşen sosyal ve ekonomik durum

nedeniyle dünyanın en şiddetli insani krizlerinden birine sahne olmaktadır. Nüfusun yarısını oluşturan 17 milyon kişi gıda güvencesizliği içindedir, 18 milyon kişinin ise güvenli içme suyu ve sanitasyona erişimi yoktur. Çatışmalar, iklimsel tehlikeler ve azalan yardımlar, sahadaki ihtiyaçları daha da artırmaktadır.

2015 yılında başlayan savaş ülkeyi iki ayrı ekonomik bölgeye ayırmış, GSYH'yı %58 düşürerek nüfusun büyük bir bölümünü yoksul ve gıda güvencesiz hale getirmiştir. (WFP, 2025a) Yemen'de toplam 4.8 milyon insan ülke içinde göç etmiş durumdadır ve bunların çoğu kamplarda yaşamaktadır. (WFP, 2025a)

Sudan

Günümüzde Sudan dünyanın en şiddetli açlık krizlerinden birine sahne olmaktadır. Bu durum, Darfur ve Kordofan bölgeleri gibi çatışmaların yoğun olduğu bölgelerde ve Hartum ile El Cezire eyaletlerinde özellikle şiddetlidir. (Mohamed ve Homeida, 2024) Sudan'da 25.6 milyon kişi (nüfusun yarısı) gıda kriziyle (IPC Aşama 3 veya üzeri) karşı karşıyadır ve bu sayı, bir yıl öncesine kıyasla iki kat daha fazladır. Bunların arasında 8.5 milyon kişi (nüfusun %18'i) Acil Durum (IPC Evre 4) ve 755.000 kişi ise Afet/Kıtlık (IPC Evre 5) durumundadır. (The High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition (HLPE-FSN), 2024)

Sudan, devam eden çatışmaların ortasında, hiperenflasyon, zayıflayan para birimi ve bozulan ticaret yollarıyla karakterize ciddi bir ekonomik krizle karşı karşıyadır ve bu durum, halihazırda var olan zorlukları daha da kötüleştirmektedir. (Mohamed ve Homeida, 2024) Şubat 2026'dan itibaren gıda stoklarının tükenmesi ve çatışmaların devam etmesiyle açlığın daha da kötüleşmesi beklenmektedir. (WFP, 2025a)

Besleyici ve yeterli beslenmeye erişimin olmaması, özellikle çocuklar, hamile kadınlar ve yaşlılar gibi savunmasız gruplar arasında hem akut hem de kronik yetersiz beslenme oranlarının artmasına yol açmıştır. Nisan 2023'te başlayan ve devam eden savaştan önce, Sudan'ın Hartum kentinde, şiddetli akut malnütrisyonu olan yaklaşık 730.000 Sudanlı çocuk için birincil tedavi merkezi olarak hizmet veren bir düzineden fazla çocuk hastanesi mevcuttu. Bugün, savaşın vurduğu Hartum'da yalnızca bir çocuk hastanesi kalmıştır. Bu hastanede, şiddetli akut malnütrisyona bağlı vaka fatalite hızı Ağustos 2023'te %6'dan Mart 2024'te %13'e çıkmıştır. (Mohamed ve Homeida, 2024)

Ukrayna

Dördüncü yılına giren savaş nedeniyle 3.7 milyon kişi ülke içinde göç etmek zorunda kalmış, 5.1 milyon kişi ise Avrupa'da mülteci olarak yaşam sürmeye başlamıştır. Savaş Ukrayna'da altyapıya hasar vermiş, tedarik zincirlerini koparmış ve ekonomik gerilemeye yol açmış, halkın gıdaya erişimini güçleştirmiştir. BM Dünya Gıda Programı'na (WFP) göre, başta cephedeki bölgeler olmak üzere, Ukrayna'da nüfusun %15'ini oluşturan 5 milyon kişi gıda güvencesizliği yaşamakta, gıda yardımına ihtiyaç duymaktadır. (WFP, 2025a) Üstelik Ukrayna tarih boyunca dünyanın tahıl ambarı olarak bilinen bir bölgedir. Dünya Gıda Programı (WFP) izleme verilerine göre, her ay gıda yardımı alan 1.5 milyon Ukraynalının yüzde 72'si, ailelerini beslemek için gıda alımını kısmak, daha az besleyici gıdalar satın almak, öğün atlamak veya borç para almak zorunda kaldığını bildirmiştir. Altı cephe bölgesinde, nüfusun neredeyse üçte biri gıda güvencesizliği içindedir. Savaş mahalline yakın bölgelerde ticari tedarik zincirleri bozulmuş, altyapı hasar görmüş veya yok olmuş durumdadır. Hala gıda bulunan bazı süpermarketlerde ise fiyatlar çok yüksek olduğundan aileler bunları satın alamamaktadır. Öte yandan, gıda dağıtım noktaları, araç ve malzemeleri dronlar veya füzelerce hedeflenmektedir. (World Food Program, 2025)

Ukrayna savaşı kaynaklı gıda kıtlığı ve yüksek gıda fiyatları özellikle kadınları ve çocukları olumsuz etkilemektedir.

En büyük risk altındaki gruplar

Gıda krizlerinin olumsuz etkilerini en fazla kadınlar, genç kızlar ve çocuklar çekmektedir. Bilindiği gibi bu grup malnütrisyonun etkilerine özellikle duyarlıdır. (Osendarp ve diğerleri, 2022) 5 yaş altı çocuklar, yetimler,

gebe ve lohusalar, mülteciler ve iç göçle yer değiştirmiş topluluklar, yaşlılar, engelliler, azınlıklar ve ayrımcılık mağdurları gibi dezavantajlı gruplar en az kaynağa sahiptirler ve dolayısıyla gıda güvencesizliğine karşı en duyarlı gruplardır.

Gıda güvensizliğinden kısa süreler de olsa etkilenen çocukların uzun süreli ve ciddi sağlık sorunları yaşadığı bilimsel araştırmalarla iyi bir şekilde belgelenmiştir. (The High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition (HLPE-FSN), 2024) 2024 yılında beş çocuktan neredeyse biri çatışmalardan etkilenen bir bölgede yaşıyordu; bu oran 1990'ların ortalarındaki oranın neredeyse iki katıdır. (UNICEF, 2025)

Ekonomik şoklar hane gelirlerinin azalmasına ve/veya gıda fiyatlarının artmasına neden olarak çocuklarda malnütrisyon sıklığını ve şiddetini artırır. Özellikle hayatın ilk 5 yılında çocukların malnütrisyona duyarlılığı en fazladır. Günümüzde ekonomik şoklar, iklim krizi ve yerel çatışmalar şiddetli çocuk gıda fakirliğini artırmaktadır. UNICEF, çocuk gıda fakirliğini, çocukların erken çocukluk döneminde (yani yaşamın ilk beş yılında) besleyici ve çeşitli bir diyete erişememesi ve bunları tüketememesi olarak tanımlamaktadır. UNICEF'e göre günümüzde dünyada her dört çocuktan biri (%27) erken çocukluk döneminde şiddetli gıda fakirliği içinde yaşamaktadır. Bu da 5 yaş altı 181 milyon çocuk anlamına gelmektedir. Şiddetli gıda fakirliği yaşayan çocukların oranı Afganistan'da %49, Somali'de %63 ve Gazze'de %90'a ulaşmaktadır (Aralık 2023-Nisan 2024). (UNICEF, 2024) Araştırmalar, dünyadaki bodur ve zayıf çocukların %75'inin çatışmalardan etkilenen bölgelerde yaşadığını ve sayılarının artarak 112,1 milyona ulaştığını göstermiştir. (Mohamed ve Homeida, 2024)

Erken çocukluk döneminde, özellikle yaşamın ilk 1000 gününde yetersiz beslenme, fiziksel büyümeyi bozar, bağışıklık sistemini zayıflatır ve bilişsel gelişimi engeller. Zayıf çocukların, sağlıklı kiloya sahip çocuklara göre beşinci yaş günlerinden önce ölme olasılığı yaklaşık 12 kat daha fazladır. Kıtlıktan sağ kurtulan çocuklar ise yaşamları boyunca kıtlığın etkilerini yaşayacaktır. Bunlar arasında, bodurluk, kronik hastalıklar ve eğitim ve ekonomik potansiyelin azalması sayılabilir. (Osendarp ve diğerleri, 2025)

Gıda Krizi Bir Halk Sağlığı Krizidir

Gıda krizleri, doğası gereği bir beslenme krizi olduğu gibi aynı zamanda bir halk sağlığı krizidir. Gıda krizlerinin etkilerinin hafifletilmesi, birçok alanın dahil edildiği bütüncül müdahaleler gerektirir. Bu nedenle, gıda krizleri, dar bir bakış açısıyla gıda tedarikine ve acil çözümlere odaklanmak yerine kapsamlı bir şekilde ele alınmalıdır. (The High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition (HLPE-FSN), 2024)

Kıtlık, gıda sistemlerinin ve kamu hizmetlerinin çöktüğü, yoksullaşma, giderek kötüleşen bir sağlık durumu, bulaşıcı hastalıkların yayılması ve artan ölüm oranlarına yol açan bir süreçtir. Bu nedenle, sağlık, barınma, koruma ve gıda alanlarının hepsini içerecek şekilde yanıt verilmesi ve bu alanlardan herhangi birinin dışarıda bırakılmaması hayati önem taşır. (The High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition (HLPE-FSN), 2024)

Çatışmalardan etkilenen toplulukların sağlık durumlarının kötüleşmemesi için:

- Devamlı ve hakkaniyetli gıda yardımı ve desteği sağlanmalıdır.
- Gıda güvencesizliği ve malnütrisyona karşı yanıtta etkilenen bölgelerdeki kırılgan grup ve ailelere öncelik verilmelidir.
- Gıdanın bulunabilirliğini artırmak için yerel tarım uygulamalarının iyileştirilmesi temel önemdedir.
- Malnütrisyona hızla ve yerel olarak müdahale edilmeli, toplum temelli beslenme programları yürürlüğe konmalıdır.
- Çatışma bölgelerinde sağlık hizmet birimleri zarar görmüş olabilir. Birinci basamak başta olmak üzere sağlık hizmetleri sunumuna mümkün olduğunca erken başlanmalıdır.

- Nakit yardımı gibi acil uygulamalar gıda güvencesizliğiyle mücadelede kısa sürede etkili olabilir.
- İnsani yardımların dağıtımı için toplum tabanlı örgütleri desteklemek önemlidir. (Mohamed ve Homeida, 2024)

Savaşlar ve sonuçları önlenebilirdir. Halk sağlığı uzmanlarının savaşı ve sonuçlarını önlemede oynayabilecekleri çeşitli roller vardır. Bu rollerden bazıları:

- Savaşın sağlık üzerindeki etkilerinin ve savaşa neden olabilecek faktörlerin sürveyansına ve belgelendirilmesine katılmak.
- Savaşın sağlık etkileri konusunda eğitim ve farkındalık programları geliştirmek ve uygulamak.
- Savaşı ve sağlık sonuçlarını önlemeye yönelik politikaları savunmak ve eylemleri teşvik etmek.
- Savaşı ve sonuçlarını önlemek için doğrudan eylemlerde bulunmak. (Levy ve Sidel, 2008)

Sivil toplum kuruluşlarının, çatışmalardan etkilenen bölgelerdeki insanların temel insan haklarının korunmasında önemli bir rolü vardır ve bu rol çok taraflı kuruluşlar ve ulusal hükümetler tarafından desteklenmelidir.

Çatışma bölgelerinde Uluslararası İnsan Hakları Hukuk'u (UİHH) sürekli ihlalleri, insani yardım çalışmalarını önemli ölçüde engellemektedir. Sivillerin yaşamlarının korunması ve insani yardıma güvenli ve engelsiz erişimin sağlanmasına vurgu yapılarak, uluslararası ve yerel paydaşlar arasında UİHH'nin uygulanması ve sürdürülmesi için güçlü bir işbirliği şarttır. (Mohamed ve Homeida, 2024)

Kaynaklar

1. *Duque, M. P., Alburhomy, A., Ahmed, A., Saleh, Y., Wolz, A., Abecasis, A. B., ... Alazab, S. (2025). Acute malnutrition and food insecurity in Yemen, 2021: Evidence from a two-stage cluster randomised survey in a protracted crisis. PLOS Global Public Health, 5(7), e0004331. doi:10.1371/journal.pgph.0004331*
2. *EC - FAO Food Security Programme. (2008). An Introduction to the Basic Concepts of Food Security-Food Security Information for Action Practical Guides. http://www.fao.org/3/al936e/al936e.pdf adresinden erişildi.*
3. *Economist Impact. (2022). Global Food Security Index (GFSI). https://impact.economist.com/sustainability/project/food-security-index adresinden erişildi.*
4. *Eski Ahid, 2. Krallar 3 bölüm: Moavlıların ayaklanması. (t.y.). 6 Kasım 2025 tarihinde https://kutsalkitap.info.tr/?q=2.+Krallar+3 adresinden erişildi.*
5. *FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. (2025). The State of Food Security and Nutrition in the World 2025. Addressing high food price inflation for food security and nutrition. doi:10.4060/cd6008en*
6. *Faris, M., Abutair, A. S., Elfarra, R. M., Barqawi, N. A., Firwana, A. M., Firwana, R. M., ... Badawi, R. A. (2025). Catastrophic famine in Gaza: Unprecedented levels of hunger post-October 7th. A real population-based study from the Gaza Strip. PLOS ONE, 20(5), e0309854. doi:10.1371/journal.pone.0309854*
7. *Golay, C. (2010). The Food Crisis and Food Security: Towards a New World Food Order? International Development Policy | Revue internationale de politique de développement, (1), 215-232. doi:10.4000/poldev.145*
8. *İnsan Hakları Derneği. (1948, 10 Aralık). İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi. https://www.ihd.org.tr/insan-haklari-evrensel-beyannames/ adresinden erişildi.*
9. *IPC - Integrated Food Security Phase Classification. (t.y.). IPC Overview and Classification System |. 12 Kasım 2025 tarihinde https://www.ipcinfo.org/ipcinfo-website/ipc-overview-and-classification-system/en/ adresinden erişildi.*
10. *IPES-Food panel. (2025, 4 Ağustos). Starvation as genocide. IPES-Food. https://ipes-food.org/starvation-as-genocide/ adresinden erişildi.*
11. *Levy, B. S. ve Sidel, V. W. (Ed.). (2008). War and Public Health. Oxford University Press. doi:10.1093/acprof:oso/9780195311181.001.0001*
12. *Mohamed, A. ve Homeida, A. (2024). Hunger in the shadow of conflict: Analyzing malnutrition and humanitarian challenges in Sudan. Conflict and Health, 18(1), 50. doi:10.1186/s13031-024-00604-6*

13. *Osendarp, S., Haddad, L., Fabrizio, C., Andridge, C., Black, R. E., Brown, M. E., ... Bhutta, Z. A. (2025). The famines in Gaza and other conflict areas are a moral failure. The Lancet, 406(10503), 572-573. doi:10.1016/S0140-6736(25)01542-9*

14. *Osendarp, S., Verburg, G., Bhutta, Z., Black, R. E., de Pee, S., Fabrizio, C., ... Ruel, M. T. (2022). Act now before Ukraine war plunges millions into malnutrition. Nature, 604(7907), 620-624. doi:10.1038/d41586-022-01076-5*

15. *Rockström, J., Thilsted, S. H., Willett, W. C., Gordon, L. J., Herrero, M., Hicks, C. C., ... DeClerck, F. (2025). The EAT–Lancet Commission on healthy, sustainable, and just food systems. The Lancet, 406(10512), 1625-1700. doi:10.1016/S0140-6736(25)01201-2*

16. *Romanello, M., Walawender, M., Hsu, S.-C., Moskeland, A., Palmeiro-Silva, Y., Scamman, D., ... Costello, A. (2025). The 2025 report of the Lancet Countdown on health and climate change. The Lancet, 0(0). doi:10.1016/S0140-6736(25)01919-1*

17. *Shemyakina, O. (2022). War, Conflict, and Food Insecurity. Annual Review of Resource Economics, 14(Volume 14, 2022), 313-332. doi:10.1146/annurev-resource-111920-021918*

18. *The High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition (HLPE-FSN). (2024). Conflict-Induced Acute Food Crises: Potential Policy Responses in Light of Current Emergencies. CFS 2024/52/INF/18—HLPE-FSN Issues Paper. Committee on World Food Security (CFS), sunulmuş bildiri, Rome, Italy: FAO. https://openknowledge.fao.org/handle/20.500.14283/np969en adresinden erişildi.*

19. *UN. (1949, 12 Ağustos). Geneva Convention relative to the Protection of Civilian Persons in Time of War. OHCHR. 13 Kasım 2025 tarihinde https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/geneva-convention-relative-protection-civilian-persons-time-war adresinden erişildi.*

20. *UN. (2025, 18 Haziran). UN data shows surge in civilian deaths in conflict globally, highlights pervasive discrimination. OHCHR. 19 Kasım 2025 tarihinde https://www.ohchr.org/en/press-releases/2025/06/un-data-shows-surge-civilian-deaths-conflict-globally-highlights-pervasive adresinden erişildi.*

21. *UNHCR-The UN Refugee Agency. (2024). Global Trends Report. Forced Displacement in 2024. UNHCR. 19 Kasım 2025 tarihinde https://www.unhcr.org/global-trends-report-2024 adresinden erişildi.*

22. *UNICEF. (2024). Child Food Poverty: Nutrition Deprivation in Early Childhood. Child Nutrition Report, 2024. Report Brief. 2024. https://www.unicef.org/media/157906/file/ENGLISH-child-food-poverty-2024-brief.org adresinden erişildi.*

23. *UNICEF. (2025, 20 Kasım). The State of the World's Children 2025: Ending child poverty. 21 Kasım 2025 tarihinde https://www.unicef.org/reports/state-of-worlds-children/2025 adresinden erişildi.*

24. *United Nations. (1977, 8 Haziran). Protocol Additional to the Geneva Conventions of 12 August 1949, and Relating to the Protection of Victims of Non-International Armed Conflicts (Protocol II). OHCHR. 6 Kasım 2025 tarihinde https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/protocol-additional-geneva-conventions-12-august-1949-and-0 adresinden erişildi.*

25. *Vikipedi. (2025, 21 Ağustos). Savaş. Vikipedi. https://tr.wikipedia.org/w/index.php?title=Sava%C5%9F&oldid=35878896 adresinden erişildi.*

26. *WFP. (2025a). UN WFP | World Food Programme. 28 Kasım 2025 tarihinde https://www.wfp.org/support-us/stories/united-nations-world-food-programme adresinden erişildi.*

27. *WFP. (2025b, 26 Haziran). WFP 2026 Global Outlook. Hunger and Hope: Innovative Solutions to Address Food Insecurity. https://www.wfp.org/publications/wfp-global-outlook adresinden erişildi.*

28. *WHO. (2000). Nutrition for Health and Development. A Global agenda for combating malnutrition. https://apps.who.int/iris/handle/10665/66509 adresinden erişildi.*

29. *World Bank. (2025). FY25 List of Fragile and Conflict-affected Situations. 19 Kasım 2025 tarihinde https://thedocs.worldbank.org/en/doc/b3c737c4687db176ec98f5c434d0de91-0090082024/original/FCSListFY25.pdf adresinden erişildi.*

30. *World Food Program. (2025, 22 Şubat). Three years into the war in Ukraine, one third of population in frontlines regions struggle to find enough to eat | World Food Programme. 13 Kasım 2025 tarihinde https://www.wfp.org/news/three-years-war-ukraine-one-third-population-frontlines-regions-struggle-find-enough-eat adresinden erişildi.*

31. *World Food Program USA. (2017). Winning the Peace: Hunger and Instability. https://www.wfpusa.org/wp-content/uploads/2025/07/wfp_food_security_final-web-1.pdf adresinden erişildi.*

32. *World Food Programme. (2025, 7 Temmuz). What is food security? 12 Kasım 2025 tarihinde https://www.wfp.org/stories/food-security-what-it-means-and-why-it-matters adresinden erişildi.*

DAVETLİ KONUŞMA

TÜRKİYE'DE TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ

Prof. Dr. Tayyar Şaşmaz
Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Konuşma Planı

- Halk Sağlığı Uzmanı kimdir?
- Halk Sağlığı Uzmanlık eğitiminin mevzuat altyapısı
- Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi yapılan kurum ve özellikleri
- Halk Sağlığı Kurumsal Yeterlik kriterleri
- Eşyetkilendirme yerinde ziyaret gözlemlerim
- Sahadaki uzmanlarımızın;
  - Eğitim ve saha uygulamaları arasındaki uyum
  - Kendi yeterlilikleri
- Sonuç ve öneriler

Halk Sağlığı Uzmanı ve Özellikleri

Halk Sağlığı Uzmanı (TUKMOS 2019 V2.4);

- Toplumun sağlık düzeyini, sorunlarını, nedenlerini ve gereksinmelerini bilimsel yöntemlerle saptayan
- Sağlık politikaları geliştirerek, çözümler üreten
- Halk sağlığı programlarının;
  - Yürütülmesinde görev alan
  - Kontrol değerlendirmelerini yapan
- Sağlık hizmetlerinin her kademesinde yöneticilik yapan hekimdir
- **Halk Sağlığı Uzmanı;**
  - Bilgi kaynaklarına erişir, veri toplar ve değerlendirir
  - Yöneticilik yapar (planlama, örgütleme, personel kullanımı, yürütme, denetleme, eşgüdüm, bütçe yapma, hizmetleri değerlendirme)
  - Araştırıcılık, danışmanlık ve yöneticilik görevlerinde, koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetlerinin sunumunda, salgınların incelenmesinde, halkın sağlık eğitiminde ve halk sağlığı laboratuvarlarının işletilmesinde doğrudan görev alır.

Halk sağlığı Uzmanı Araştırmacıdır, Eğitimcidir, Savunucudur, Yöneticidir, Danışmandır

Halk Sağ. Uzmanlık Eğitiminin Mevzuat Alt Yapısı

1. Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitim Yönetmeliği
   1. Tıpta Uzmanlık Kurul Kararları
   2. TUKMOS 2019 V2.4
2. Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitim Yönetmeliği (RG- 03.09.2022, Sayı:31942)

- Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) Uzmanlık eğitimi yapılan kurumlara yetki verir/kaldırır, denetim yapar
- TUK Uzmanlık eğitimi ile ilgili bağlayıcı kararlar alır
- Uzmanlık eğitim programları Çekirdek Eğitim Müfredatını içerir
- Eğitici tanı; ilgili dalda uzman Prof.Dr, Doç.Dr, Dr. Öğr. Üyesi
- Uzmanlık eğitim takibi UETS üzerinden yapılır
- Birim eğitim sorumlusu 6 ayda bir;
  - Uzmanlık eğitim karnesini kontrol eder
  - Kanaat formu düzenler
- Tez çalışması tez danışmanı tarafından 3 ayda bir değerlendirilir
- Uzmanlık eğitim süresinin ilk yarıyı içinde tez konusu belirlenir, tez danışmanı atanır
- Uzmanlık öğrencileri yılda bir eğitim ve eğiticileri nitelik nicelik yönünden değerlendirir
- Uzmanlık eğitimini tamamlama;
  - Tezin kabul edilmesi
  - Eğitim süresi ve rotasyonların tamamlanması
  - Uzmanlık eğitim karnesinin çekirdek müfredatı belirleyen kısmının birim eğitim sorumlusu tarafından onaylanması
  - Uzmanlık eğitimini bitirme sınavında başarılı olunması

Uzmanlık Eğitim Süreci (TUKMOS 2019 V2.4)

- Toplam eğitim süresi 4 yıl
  - İlk iki yıl : Kuramsal eğitim, Klinik rotasyonlar, Uygulamalı saha eğitimi
  - Son iki yıl : Tez dönemi
- Uzmanlık eğitiminin değerlendirilmesi
  - Ara sınav(lar)
  - Asistan karnesi
  - Tez savunması
- Tez savunmasında başarılı olan bilim sınavında da başarılı olursa uzmanlık eğitimi tamamlanır.
- Yılda en az bir seminer ve makale sunumu
- Kongre ve bilimsel etkinliklere katılım
- Eğitimi ile ilgili kurs, çalıştay vb etkinliklere katılım
- Ulusal ve uluslararası projelerde bilimsel araştırmalara katılım
- Makale yazımı

Kuramsal Eğitim (TUKMOS 2019 V2.4)

- Ders, seminer, kurs şeklinde olabilir

- Kuramsal eğitim içeriği;
- Halk Sağlığı Kavramı
- Epidemiyoloji
- Biyoistatistik
- Sağlık Yönetimi
- Sağlık Politikaları
- İş Sağlığı
- Çevre Sağlığı
- Bulaşıcı Hastalıklar
- Kadın Sağlığı
- Üreme Sağlığı
- Çocuk ve Adölesan Sağlığı
- Okul Sağlığı
- Yaşlanma ve Kronik Hastalıklar
- Sağlığı Geliştirme
- Sağlık Eğitimi
- İletişim
- Demografi
- Sağlık Sosyolojisi ve Antropolojisi
- Toplum Ruh Sağlığı
- Toplum Beslenmesi
- Sağlık Ekonomisi
- Olağanüstü Durumlar ve Afet Yönetimi
- Halk Sağlığı Etiği
- Kazalar, Yaralanmalar ve Kontrolü
- Özel Gruplara Yaklaşım

Ülkemizde Halk Sağlığı AD'ları ve Öğretim Üyeleri
(Türkiye'nin Halk Sağlığı Uzmanı Gereksinimi, Çalıştay Raporu, 2025)

- En az bir öğretim üyesi olan 73'ü (%76.0) kamu toplam 96 Halk Sağlığı AD var
- %25'inde bir öğretim üyesi var
- Toplam öğretim üye sayısı (n=296)
  - Halk Sağ Uzmanı : 217 (%73.3)
  - Diğer : 79 (%26.7)
- Akademik unvan (n=296)
  - Prof. Dr. : 155 (%52.4)
  - Doç. Dr. : 56 (%18.9)
  - Dr. Öğr. Ü. : 85 (%28.7)

- 82 (%85.4) AD'da en az bir Halk Sağlığı Uzmanı öğretim üyesi var

Halk Sağlığı Yeterlik Kurulu Eşyetkilendirme Komisyon Yönergesi

- **Asgari Koşullar**
  1. Birisi en az doçent iki eğitici
  2. Program için yeterli fiziksel mekan, donanım
  3. Yazılı eğitim programı
  4. Eğitim programının düzenli uygulanması
  5. İmzalı bölge protokolü
  6. Son dört yılda en az bir mezun uzman
  7. Asistan karnesinin kullanılması

Programın Yürütülmesi

1. Kuramsal eğitimlerin yapılması
2. Klinik rotasyonların yapılması
3. Uygulamalı saha eğitiminin yapılması
4. Ara sınavların yapılması
5. Asistan karnesinin kullanılması
6. Periyodik asistan geri bildirimi alınması
7. İkinci yılsonunda tez danışmanı atanması
8. Bölüme tez öneri sunumunun yapılması
9. Bilimsel etkinliklere katılım sağlanması
10. Seminer/makale saati programının olması
11. Öğrencilerin bütün eğiticilerle çalışabilmesi
12. Tez dışında bilimsel araştırmalara katılım
13. Bilimsel makale yazılması
14. SEAB raporlarının hazırlanması

Eşyetkilendirme Ziyaret Gözlemlerim

- Dekanlıklar düzeyinde Halk Sağlığı AD'ları önemseniyor
- Başvuru raporlarında yazılanlarla yerinde gözlemler uyumlu
- Öğrenci-Eğitici ilişkileri olumlu
- Öğrencilerin bilimsel araştırma yetkinlikleri iyi
- Öğrenciler memnun ve motive
- **Temel Sorunlar;**
  - Eğitici sayıları eğitim ve diğer görev yüküne göre az
  - Uzmanlık eğitimi klinik rotasyon ve Uyg. saha eğitimi dışında koridorlara kapanıyor

- Klinik rotasyon ve Uyg. saha eğitimlerinden yeterli yarar sağlanamıyor
- Eğitim araştırma bölgeleri yeterince aktif değil
- Öğrenciler bölüm lisans eğitimleri içinde fazlaca yer alıyor

- **Geliştirilmesi gerekenler;**
  - (Varsa) Uzmanlık ders programının YL/Doktora programlarından ayrılması
  - Kuramsal ders programlarının düzenli uygulanması
  - Kuramsal derslerin ve klinik rotasyonların ilk iki yılda tamamlanması
  - Uygulamalı saha eğitimi öncesinde klinik rotasyonların tamamlanması
  - Klinik ve uygulamalı saha eğitim amaç ve hedeflerinin;
    - Gidilen yerlere gönderilmesi
    - Öğrenciler tarafından bilinmesi
  - Klinik rotasyon ve Uyg. Saha Eğitimlerinin kesintiye uğramadan yürütülmesi
  - Düzenli olarak öğrenci ve program değerlendirmelerin yapılması
  - Öğrenci geri bildirimlerinin (sözlü ve yazılı) periyodik olarak alınması
  - Asistan karnelerinin düzenli olarak takip edilmesi, değerlendirilmesi
  - Seminer/makale programlarının düzenli olarak hazırlanması ve yürütülmesi
  - Öğrencilerin Uyg. saha eğitimi dışında da sahada çalışmalarına katılması
  - Öğrencilerin bilimsel etkinliklere katılımın artırılması
  - Öğrencilerin AD dışında kurs, seminer vb etkinliklere katılımının motive edilmesi

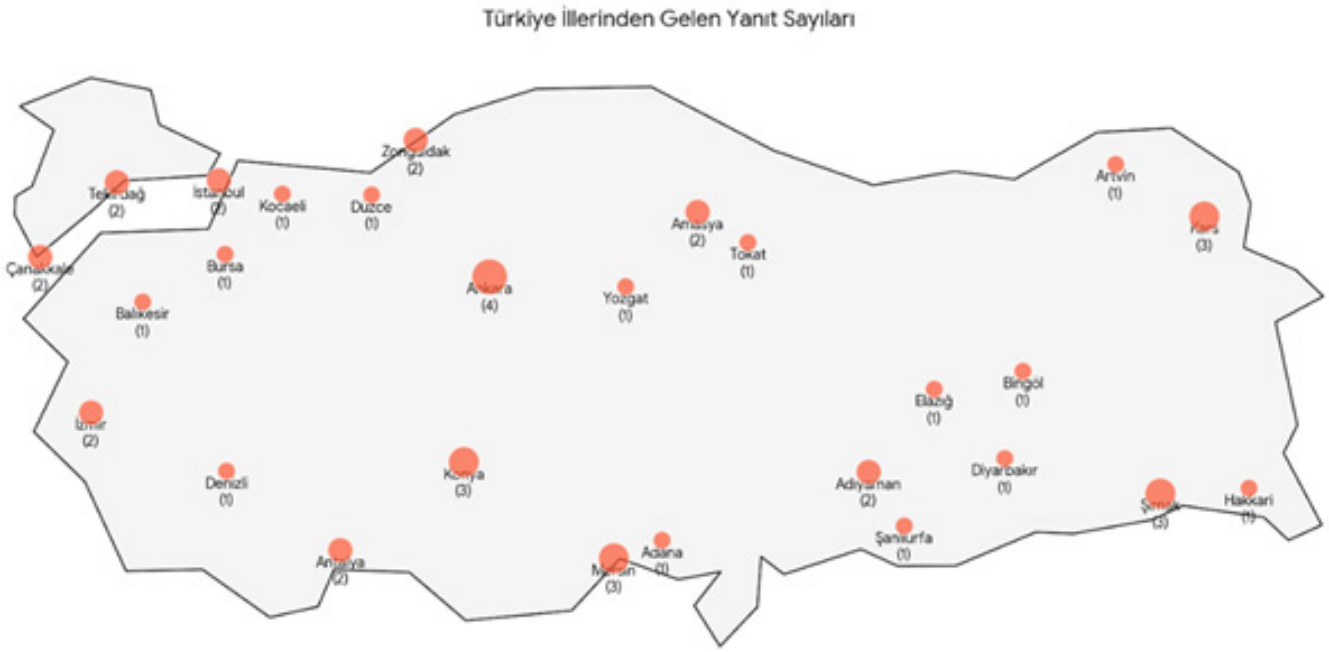
Sahada Çalışan Halk Sağlığı Uzmanlarının Yeterlilikleri

- Amaç: Sahada çalışan uzmanlarımızın aldıkları eğitim ile saha arasındaki uyumu değerlendirmek
- Fikir babası Prof.Dr. Çağatay Güler
- Yöntem;
  - Kesitsel bir değerlendirme
  - 2020 ve sonrası uzman olanlar çalışmaya alındı
  - Halk Sağlığı Yeterlik Kurulunun geri bildirimleriyle bir veri formu hazırlandı
  - HASUDER yönetim kurulu başkanı bilgilendirildi
  - Veri formunda açık ve kapalı uçlu 10 soru bulunmaktaydı
  - Veri formu online olarak ulaştırıldı ve dolduruldu
  - Veri 21-28 Kasım 2025 tarihleri arasında toplandı
  - Çalışmaya 51 kişi katıldı, analize 48 kişi alındı

Bulgular

- n:48
- Cinsiyet
  - Kadın 40 (%62.5)
  - Erkek 18 (%37.5)

- Ortanca yaş :34 (29 – 43)
- Uzman olduğu yıl;
  - 2020 :4
  - 2021 :7
  - 2022 :12
  - 2023 :7
  - 2024 :10
  - 2025 :8



- **Çalışma yerlerine göre dağılım (Birden çok cevap)**
  - İlçe Sağlık Müdürlüğü :39 (%81.3)
  - İl Sağlık Müdürlüğü :15 (%31.3)
  - Sağlıklı Hayat Merkezi :4 (%8.3)
  - SB Merkez Teşkilatı :2 (%4.2)
  - TSM :2 (%4.2)
  - Halk Sağ Laboratuvarı :1 (%2.1)
  - ÇASMER :1 (%2.1)
  - Göçmen SM :1 (%2.1)
  - Belediye :1 (%2.1)
  - Eğt.Arş. Hastanesi :1 (%2.1)

Soru: Size göre halk sağlığı uzmanlık eğitiminiz ile halen sahada yaptığınız iş ne kadar uyumlu? (0=Hiç uyumlu değil, 100=Tam uyumlu)

Cevap: Ortanca puan :50 (0-100; %25:25, %75:75)

Nedenleri?

- Eğitim kuramsal ve akademik, sahadaki işlerle uyumlu değil, sahadan kopuk
- Sahaya yönelik eğitim yapılmıyor
- Mevcut idari yapı sahada uzmanlık eğitimimize uygun pozisyon ve uygulama alanı açmıyor
- Akademide bulunan hocalar sahadan habersiz eğitim yapıyor
- Eğitim koruyucu hekimlik konusunda farkındalık kazandırmaktan öteye geçmiyor
- Halk sağlığı uygulamalarının amacı öğretilmekte, uygulamanın nasıl olacağı öğretilememekte
- Eğitiminde sağlığın geliştirilmesi ve sağlık eğitimi pratiği yetersiz
- Eğitim mevcut bakanlık yazılım ve uygulamalarını kapsamıyor
- Eğitimde saha pratiği yetersiz
- Eğitim sahada sıklıkla yapılan işleri içermiyor;
- İnsan gücü yönetimi
- Malzeme gereksinimin belirlenmesi
- Sahada farklı kuruluşlarla işbirliği
- Aile hekimliği mevzuatı
- İhaleye çıkma, teknik şartname hazırlama vb
- Disiplin soruşturması

Soru: Halk Sağlığı Uzmanlık eğitiminde hangi teorik konu ve/veya pratik uygulamalardan daha az faydalandınız?

Cevaplar:

- İş sağlığı ve güvenliği
- Araştırma planlama ve istatistik
- Akademik çalışmalar
- Klinik rotasyonlar
- Sağlık yönetimi
- Yapılandırılmamış uygulamalı saha eğitimi
- Çevre sağlığı
- Afet yönetimi
- Uluslararası ilişkiler
- Üreme ve ana çocuk sağlığı
- Kronik hastalıkların kontrolü

Soru: Halk Sağlığı Uzmanlık eğitim müfredatını değiştirme yetkiniz olsa hangi teorik konuları ve/veya pratik uygulamaları eklersiniz?

Cevaplar:

- Uygulamalı saha eğitimi süresini en az bir yıl olmasını
- Uygulamalı saha eğitimlerinde daha fazla sorumluluk ve pratik
- Sağlık bakanlığının bilgi sistemlerinin (HSYS, Sina, İzci vb) kullanımını

- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün tüm birimleri ve işleyişi
- Uygulamalı salgın yönetimi, aşı immünolojisi
- Disiplin inceleme, soruşturma, muhakkiklik vb konular, pratik uygulama
- Saha uygulamalarında simulatif pratik eğitim
- Kriz iletişim, medya yönetimi
- Liderlik, çatışma yönetimi
- Halk sağlığı ile ilgili güncel mevzuat, özellikle yönetmeliklerin incelenmesi
- Eğitim becerileri, iletişim teknikleri
- Vektörlerle mücadele, Biyosidal ürünler, gıda güvenliği
- Çevre sağlığında daha fazla pratik
- Politika geliştirme, ihtiyaç belirleme, saha planlama, uygulama
- MS Excel kullanımı



Sonuç

- Halk Sağlığı Uzmanlık eğitiminin saha uygulamaları ile uyumu %50
- Uzmanlarımızın mezuniyet öncesi daha fazla pratik eğitime ihtiyacı var
- Uzmanlarımız aldıkları eğitime uygun çalışamıyor

Öneriler

- Eğitim programlarının saha uygulamaları dikkate alınarak revize edilmesi
- Uygulamalı saha eğitim süresinin bir yıla çıkarılması
- Uygulamalı saha eğitimlerinde daha fazla pratik yapılması
- SEAB Protokollerinin daha fazla pratik eğitim yönünde geliştirilmesi
- Uzman geri bildirimlerine dayalı çalışmanın 5 yılda bir tekrarlanması

DAVETLİ KONUŞMA

BEKRA YÖNETMELİĞİ, UYGULAMALAR, DENETİMLER VE KAZALARDA RİSK AZALTIMI

Fikret Şan
Şan Çevre Danışmanlık Şirketi

Konuşmama Ankara'da üniversite eğitimim sırasında, hocam olma onurunu taşıdığım, Ülkemiz'de **HALK SAĞLIĞININ, KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİNİN, ÇEVRE SAĞLIĞININ** ve **SOSYALİZASYON YASASININ** babası olarak değerlendirdiğim, rahmetli **Sayın Prof. Dr. Nusret FİŞEK**'i saygıyla anarak, ışıklar içerisinde uyumasını dileyerek başlamak istiyorum.

BÜYÜK ENDÜSTRİYEL KAZALARIN GENEL OLARAK ETKİLERİ:

Endüstriyel kazalar, tehlikeli maddelerin bir yerden bir yere taşınması, maddenin işlenmesi, ve bu maddelerin depolanması sırasında kontrolsüz gelişmelerden kaynaklanan büyük **PATLAMALAR, YANGIN** veya **YAYILIM (EMİSYON),** olaylarıdır.

Bu kazalar, kaza anında veya sonrasında ciddi tehlikelere yol açarak **ÇEVRE** ve **İNSAN SAĞLIĞI** için **RİSK** oluştururlar.

PATLAMALAR:

Patlama, ani bir enerji açığa çıkmasıyla karakterize olan bir olaydır. Bu enerji, bir maddenin kimyasal reaksiyonu, yanması, nükleer tepkime veya basınçlı kapların genleşmesi gibi faktörlerden kaynaklanabilir, Patlamalar genellikle gaz, sıvı veya katı maddeler arasındaki hızlı yanma veya tepkime sonucu meydana gelir. Patlamanın sonucunda yüksek basınç, ani sıcaklık artışı, ışık, ses, ve hareketli parçacıklar gibi belirgin etkiler ortaya çıkar. Patlamalar ciddi yaralanmalara, can ve mal kayıplarına ve bir takım çevresel etkilere yol açabilir. Patlama olayları, endüstriyel tesisler, taşıma araçları, madenler ve enerji üretim tesisleri gibi çeşitli alanlarda meydana gelebilir.

Patlama çeşitleri; Gaz patlaması, Toz patlaması, Kimyasal patlamalar, Nükleer patlamalar ve Mekanik patlamalar şekillerinde olabilir.

YANGINLAR:

Yangının insanlar üzerindeki etkisi, yüksek ısıya maruziyetin sebep olduğu deri yanıklarıdır. Endüstriyel, patlama ve zehirli madde yayılımlarına kıyasla daha sık görülür, ancak daha az tehlike ve ölüm riski taşırlar, Ancak yangın sırasında da havadaki oksijen miktarının azalması dikkat edilmesi gereken bir etkidir. Ayrıca, yangın dumanının kükürt dioksit veya amonyum nitratın yanmasıyla oluşan zehirli gazları içermesi de sağlık açısından önemlidir.

TOKSİK (ZEHİRLİ) YAYILIM:

Büyük endüstriyel kazalar sonucu, toksik maddeler hava yoluyla yayılarak çevre ve insan sağlığını tehdit edebilmektedir. Eğer bu maddeler dışarı salınırsa rüzgarla yayılarak çok geniş bölgeleri etkileyebilmektedir. Salınan bu toksik maddelerin etkiler; yaşa, cinsiyete, genetiğe, beslenme durumuna, mevcut hastalıklara, çalışma saatleri ve düzeni gibi faktörlere bağlı olarak değişebilir. Bu toksik maddelere kaza anında veya sonrasında uzun süre maruziyet hayati riskler oluşturabilmektedir.

Teknolojik afetler genellikle doğal afetlerin aksine insan faaliyetlerinin bir sonucu olarak meydana gelir, bu nedenle bu afetlerin ortaya çıkmasını veya etkilerini çeşitli tedbirler almak önemlidir, bu tedbirler, ölüm oranlarını ve afetlerin etkileri azaltmada etkili olabilir.

BÜYÜK ENDÜSTRİYEL KAZALAR ÜÇ BAĞLAMDA HALK SAĞLIĞI İLE İLİŞKİLİDİR:

1. Büyük endüstriyel kaza aynı zamanda iş kazasıdır,
2. Çevre' de yaşananları doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyebilir,
3. Büyük endüstriyel kaza nedeniyle çevreye yayılan, saçılan kirleticiler yakın ya da uzak çevreyi uzun sürede etkileyebilir,

Dolayısıyla çalışanların **SAĞLIK** ve **GÜVENLİĞİNDEN** topluma, çevreye kadar geniş bir açıdan büyük endüstriyel kazalar **HALK SAĞLIĞI SORUNU** olarak ele alınmalıdır.

BÜYÜK ENDÜSTRİYEL KAZALARIN DÜNYA' DAKİ TARİHSEL GELİŞİMİ:

Yüzyıllarca SELLER, FIRTINALAR VE TAŞKINLAR gibi önlenemez felaketlere tanık olan insanlar, Sanayi Devriminin başlaması ile **ENDÜSTRİYEL KAZALARLA** tanıştı, Endüstriyel kazalar en büyük etkileri bırakan felaketlere de çoğunlukla kimya sanayi ve kimyasal kullanan sanayi sebep oldu, Sanayi Devriminin anavatanı olan Avrupa bu endüstriyel felaketlerden nasibini fazlasıyla aldı, Bunun ilk örneklerinden biri 1974 yılında gerçekleşen FLİXBOROUGH- İNGİLTERE felaketidir.

Fakat hiç şüphesiz ki, dönemin en büyük endüstriyel felaketlerine 1976 yılında İTALYA tanık oldu, MİLAN' ın 20 km kuzeyinde küçük banliyö kasabası olan SEVESO, 1970' li yıllarda 17 kişiden oluşan bir nüfusa sahipti, Etrafındaki DESİO, CESANO MADERNO ve MEDA şehirleri birlikte kentsel, meskun ve küçük tarlalardan bir alan oluşturuyordu.

Yıllar önce ICMESA firmasının Meda' da kurduğu kimyasal tesis, bu yerleşik halka herhangi bir tehdit yaratmamıştı, Ancak 10. Temmuz. 1979' da SEVESO sakinleri evlerinde veya dışarıda günlük aktivitelerini sürdürürken, mekanizmalar kapalı olduğu için tesisin tanklarından birinin içindeki sıcaklık kritik bir seviyeye ulaştığında, bir basınç tahliye valfinin açılmasıyla tesisten yaklaşık altı metrik ton DİOKSİN gaz doğaya salındı,

Kanserojen bir madde olan DİOKSİN, memeliler' de üreme, bağışıklık ve gelişimsel etkilere ve bileşiğin yüksek seviyelerine maruz kalan insanlar' da ciddi karaciğer sorunlarına neden oldu, bu DİOKSİN salınımıyla birlikte 23 binden fazla kişinin yaşadığı **SEVESO** alanı yüksek oranda DİOKSİNE maruz kaldı.

Bazı araştırmalara göre, kazanın insan sağlığı üzerindeki etkilerinin hala devam ediyor olma ihtimali dillendirilmektedir.

1976 yılında gerçekleşen bu felaket sonucu Avrupa Topluluğu Konseyi "**Endüstriyel Kazaların Oluşmasının Engellenmesi ve Gerekli Önlemlerin Alınması**" adına hazırlanmış olan "**SEVESO YÖNERGESİ'** ni **(82/501/EEC)"** kabül etti.

DÜNYADA BÜYÜK ENDÜSTRİYEL KAZA ÖRNEKLERİ:

Dünya' da 1917- 2011 yılları arasında 319 adet Büyük Endüstriyel Kaza meydana gelmiştir, 1974 yılında Flixborough-Birleşik Krallık, 1976 yılında Seveso-İtalya, 1984 yılında Meksico-Meksika, 1986 yılında Basel-İsviçre, 1989 Pasadena-Teksas-ABD, 200o yılında Enschede-Hollanda, 2001 yılında Toulouse-Fransa, 2005 yılında Teksas-ABD, 2005 yılında Buncefield-Birleşik Krallık, 2012 yılında Gumi-Güney Kore, 2013 yılında West, Tesksas-ABD ' de olmuştur.

Bu kazalarda, en ölümcül felaket BHOPAL-HİNDİSTAN' daki kazada olmuştur, **3000 binden fazla** kişi hayatını kaybetmiş, **170 bin** kişi de yaralanmıştır.

DÜNYADA BÜYÜK ENDÜSTRİYEL KAZALARIN ÖNLENMESİ İÇİN ÇALIŞAN ULUSLARARSI KURULUŞLAR:

- OECD: OECD Kimyasal Kazaların Önlenmesi, Kazalara Hazırlık ve Müdahale İçin Rehber İlkeler,
- BM-AEK: Endüstriyel Kazaların Sınır Ötesi Etkileri Sözleşmesi,

- AB: Seveso III Yönergesi, Sivil Savunma Mekanizması,
- BM-ÇEVRE PROGRAMI: Esnek Çerçeve, APPEL, Sorumlu Üretim Araç Takımı,
- BM-AFET RİSKİ AZALTMA OFİSİ: 2015-2030 Yılları İçin Sendai Afet Risk Azaltma Çerçevesi,
- WHO: Uluslararası Sağlık Yönetmelikleri, Kimyasal Olaylarda Halk Sağlığı Yönetimi, Olay Yönetim Sistemi,
- AVRUPA POLİTİKA STRATEJİ MERKEZİ: Üye Ağı,
- BM-ÇEVRE PROGRAMI-İNSANİ YARDIM KOORDİNASYON OFİSİ BİRİMİ: BM Afet Değerlendirme ve Koordinasyon Mekanizması, Çevresel Değerlendirme Aracı,

TÜRKİYEDE BÜYÜK ENDÜSTRİYEL KAZALARIN TARİHÇESİ:

Ülkemiz' deki Büyük Endüstriyel Kazalar; 1997 yılında MKE-Kırıkkale, 1999 yılında Tüpraş-İzmir, 2002 yılında Akçagaz-Kocaeli, 2004 yılında Ataç-Mersin, 2007 yılında Aliağa-İzmir, 2008 yılında Davutpaşa-İstanbul, 2009 yılında Hendek-Adapazarı, 2010 yılında Hendek-Adapazarı, 2011 yılında Batman, 2011 yılında Ostim-İvedik-Ankara, 2012 yılında Afyonkarahisar, 2013 yılında Elmadağ-Ankara, 2013 yılında MKE-Elmadağ- Ankara, 2013 yılında Sakarya, 2013 yılında MKE-Kırıkkale, 2014 yılında MKE-Elmadağ- Ankara, 2014 yılında Lice-Diyarbakır' da olmuştur.

Bu Büyük Endüstriyel Kazalarda en büyük ölümler, 2014 yılındaki Lice-Diyarbakır' da olan "**TANKER PATLAMASI**" dır, Toplam 33 kişi yaşamını yitirmiştir.

AB' de 1996 yılında çıkarılan SEVESO II Yönergesi' nin Türkiye'de bir karşılık bulması, uzun yıllar aldı, AB aday ülkesi Türkiye, mevzuatını SEVESO YÖNERGESİ' ne UYUMLAŞTIRMA çabalarına çok daha ileri tarihlerde girişti.

Bu çabalar doğrultusunda endüstriyel kazaların riskini azaltma konusunda ilişkin düzenlemeler BEKRA başlığıyla hazırlandı, Bunun için öncelikle 2004-2006 yılları arasında, Türkiye' nin SEVESO II YÖNERGESİ' ne UYUM SAĞLAMA çabalarına başlamak adına IPA desteği ile "**TÜRKİYE' DE SEVESO II DİREKTİFİ' NİN UYUMLAŞTIRILMASI PROJESİ**" hayata geçirildi.

Projenin en büyük çıktısı olan, "**BÜYÜK ENDÜSTRİYEL KAZALARIN KONTROLÜ HAKKINDA YÖNETMELİK**" 18.Ağustos.2010 tarih ve 27676 sayılı resmi gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girdi.

Bu yönetmeliğin yürürlüğe girmesiyle beraber; MERKEZİ düzeyde, ÇŞİDB' ğı ve ÇSGB' ğı, YEREL düzeyde, Valilikler, Belediyeler ve Yönetmelik Kapsamına Giren İşletmelerin İşletmecileri birtakım SORUMLULUKLAR altına girdiler, Mevzuatın en son hali, 02.Mart.2019 tarih ve 30702 sayılı resmi gazete' de yayımlandı ve bu versiyonuyla mevzuatın SEVESO III Yönergesi' ne UYUMLAŞTIRILMASI amaçlandı,

SEVESO=BEKRA YÖNETMELİĞİNE TABİİ SANAYİ KURULUŞLARI:

1. Petrokimya Tesisleri(Örneğin; Petrol Rafinerileri, Depolama, Dağıtım),
2. İmalat,
3. Kimyasal Tesisler(Petrokimya Hariç),
4. Metallerin İşlenmesi,
5. Taşıma ve Depolama,
6. Güç Üretimi, Tedarik ve Dağıtım),
7. Madencilik Faaliyetleri,
8. Diğer Faaliyetler (Yukarıdakilere Dahil Değil),
9. Su ve Kanalizasyon ve Atık Yönetimi.
10. Tarım

BÜYÜK ENDÜSTRİYEL KAZALARDA RİSK AZALTICI RAPORLAR:

1. GR (Güvenlik Raporları),
2. BKSD (Büyük Kaza Senaryo Dokümanı),
3. BKSP (Büyük Kaza Senaryo Planı),
4. DADP (Dahili Acil Durum Planı),
5. TMMK (Tehlikeli Madde Müdahale Kartı-Halk Sağlığı Uzm'nın Devrede Olması Gerekir),
6. Kamuoyu Bilgilendirmesi,

Bu raporları alanında uzman kişilerin düzenlemesi oldukça önemlidir,

BÜYÜK ENDÜSTRİYEL KAZALARDA RİSK AZALTICI TATBİKATLAR:

1. Kimyasal Sızıntı- Döküntü Tatbikatı,
2. Yangın Tatbikatı,

Tatbikatlar, mutlaka yetkili ve görevli resmi kurumların yetkilendirdiği "teknik elemanlarınca" yaptırılmalıdır,

ÜLKEMİZDE BEKRA DENETİMLERİ:

ÇEVRE, ŞEHİRCİLİK VE İKLİM DEĞİŞKLİĞİ BAKANLIĞI:

Denetimler, 21.11.2001 tarih ve 27067 sayılı resmi gazete' de yayınlanan "**Çevre Denetim Yönetmeliği**" gereğince, MERKEZ' de; Çed, İzin ve Denetim Genel Müdürlüğü "**Denetim Elemanlarınca**", TAŞRA' da; Valilik Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği İl Müdürlüğü, Çevre Denetim Şubesi "**Denetim Elemanlarınca**" Planlı/Programlı/Habersiz/Şikayet durumlarında yapılmaktadır,

2024 yılı içerisinde **387 adet bekra denetimi** yapılmıştır,

2024 yılı sonu itibariyle Türkiye' de **bekra sistemine kayıtlı toplam: 688 tesis** bulunmaktadır, bunlardan; **397 üst seviyeli** ve **291 alt seviyeli** kuruluştur,

ÇALIŞMA VE SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI:

Denetimler, Ankara, Adana, Bursa, İstanbul ve İzmir olmak üzere, 5 bölgeye ayrılarak, her bölge kendi sorumlu oldukları illerde, GRUP BAŞKANLIKLARI "**İş Müfettişleri**" aracılığıyla yapmaktadır,

2020 yılında, Bekra Kapsamına giren **259 tesis** iş müfettişlerince, denetimlerde mevzuata aykırılıktan tesislere, toplam: **4.777.660.00 TL idari para cezası** uygulanmıştır,

2025 yılı içerisinde, **659 adet BEKRA denetimi** yapılmış, bu tesislerden; **381 üst seviyeli** kuruluş, **278 alt seviyeli** kuruluşudur,

Kamudaki, BEKRA denetimleri yönetmeliklere göre değerlendirildiğinde, **DENETİM SAYISININ** oldukça yetersiz olduğu görülmektedir,

Büyük Endüstriyel Kazaların Azaltılması ve Önlenmesi için, mutlaka denetim sayısının yükseltilmesi gerekmektedir,

SONUÇ;

Yukarıdaki bilgilerin ışığında ülkemizde;

1. Büyük Endüstriyel Kazalar hakkında kamuoyunda yeterince bilinçlenme sağlanamamıştır,
2. Resmi kurumlardaki denetim elemanları sayısı çok yetersiz kalmıştır,
3. Denetim elemanlarında, büyük endüstriyel kazalar hakkında yeterince gerekli eğitimler yapılamamıştır,
4. Seveso III Direktifi ile ülkemiz' deki Bekra Yönetmeliği uyumlaştırma yapılasına rağmen, ilgili yasaların uygulanmasında büyük eksiklikler bulunmaktadır,
4. Büyük Endüstriyel Kazaların oluşmasında çok önemli yer tutan, "proses güvenliği" konusundaki tedbirler yeterince alınamamıştır,
5. Büyük Endüstriyel Kazaların istatistiksel kayıtların tutulabilmesi için, "güvenli kayıt sistemi" kurulamamıştır,
6. Resmi kurumlar arasında yeterince "işbirliği" sağlanamamıştır,
7. Büyük Endüstriyel Kazalarda, risk azaltıcı ve önleyici raporların hazırlanmasında önemli bir yer taşıyan "danışmanlık kuruluşları sayısı" oldukça yetersiz kalmıştır,

ÖNERİLER;

1. Büyük Endüstriyel Kazalar hakkında, resmi kurumlarda ve kamuoyunda bilinç oluşturulmalıdır,
2. Bekra mevzuatı mutlaka eksiksiz olarak uygulanmalıdır,
3. Bekra yönetmeliği kapsamına giren tesislerde, gerekli denetimler tam olarak yapılmalıdır,
4. Büyük Endüstriyel Kazalarda oluşan, "Sağlık, Ekonomik ve Can kayıplarının" en aza indirilmesinde önemli görev düşen "Halk Sağlığı Uzmanları" na mutlaka mevzuat düzenlemesi ile yetkiler verilmelidir,

DAVETLİ KONUŞMA

DİJİTALLEŞEN DÜNYADA RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİNE ERİŞİM: NE DURUMDA, NASIL OLMALI?

Uzm. Dr. Öykü Turunç
Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Ruh sağlığı hizmetlerine erişim, artan hizmet ihtiyacı, eşitsizliklerin derinleşmesi ve dijital dönüşümün hızlanmasıyla birlikte sağlık politikalarının temel gündemlerinden biri haline gelmiştir. Aday ve Andersen'in davranışsal modeli (Aday & Andersen, 1974) ile Penchansky ve Thomas'ın 5A çerçevesi (Penchansky & Thomas, 1981) gibi klasik erişim modelleri, erişimi çoğunlukla hizmet arzının yapısal koşulları üzerinden ele almaktadır. Bu modeller önemli kavramsal katkılar sunmakla birlikte, özellikle ruh sağlığı alanında belirleyici olan stigma, mahremiyet ve kültürel normlar gibi psikososyal bileşenleri yeterince açıklayamamaktadır.

Levesque ve arkadaşlarının erişim çerçevesi (Levesque vd., 2013), bu sınırlılıkları aşarak, sağlık hizmetlerine erişimi, bireyin bilişsel, psikolojik, sosyal, ekonomik ve kültürel özellikleri ile sağlık sisteminin erişimi mümkün kılan özelliklerinin karşılıklı etkileşimi üzerinden tanımlar. Bu yaklaşımda, sağlık hizmetlerinin görünürlüğü/yaklaşılabilirliği (approachability), kabul edilebilirliği (acceptability), mevcudiyeti ve uyarlanabilirliği (availability and accommodation), karşılanabilirliği (affordability) ve uygunluğu (appropriateness); bireylerin sağlık ihtiyacını algılayabilme (ability to perceive), hizmet arayabilme (ability to seek), hizmete ulaşabilme (ability to reach), sağlık hizmetlerini ekonomik olarak karşılayabilme (ability to pay) ve sağlık hizmetlerine katılabilme (ability to engage) yetileri ile birlikte değerlendirilir. Birey odaklı bu yaklaşım, sosyokültürel ve ekonomik etmenlerin sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki etkilerini görünür kılarak, sağlık hizmetlerinin bu etmenlerin olumsuz etkisini en aza indirecek şekilde yeniden düzenlenmesine ve böylece erişimdeki eşitsizliklerin hafifletilmesine olanak tanımaktadır.

Ruh sağlığı sorunlarına ilişkin farklı kültürel açıklama modelleri, düşük ruh sağlığı okuryazarlığı ve dil bariyeri incinebilir gruplar için sağlık ihtiyacının algılanması önünde engel oluştururken; kültürel normlar, sağlık hizmetlerine duyulan güven eksikliği, ruh sağlığı sorunlarına yönelik stigma ve mahremiyet kaygıları yardım arama davranışını sınırlayabilmektedir. Ulaşım, bekleme süreleri, sağlık kurumlarının coğrafi dağılımındaki eşitsizlikler ve hizmet sunumundaki parçalanmış yapı fiili erişimi azaltmakta; cepten yapılan ödemeler ve sınırlı finansal koruma mekanizmaları karşılanabilirliği düşürmektedir. Hizmet sürekliliğindeki sağlanamaması, sağlık hizmetinin kalitesindeki olumsuzluklar, hizmetlerin bireylerin ihtiyacına göre planlanmaması ve yapısal ayrımcılık ise sağlık hizmetlerine incinebilir grupların katılımını olumsuz yönde etkilemektedir.

Dijitalleşme bu çok boyutlu erişim yapısını hem kolaylaştıran hem de erişimdeki eşitsizlikleri yeniden üreten bir dinamik olarak işlemektedir. E-sağlık uygulamaları, telepsikiyatri ve dijital platformlar, coğrafi engelleri aşarak ulaşılabilirliği, ortak kültür ve dile sahip hizmet sunucuları ve bireyleri bir araya getirerek kabul edilebilirliği artırmaktadır. Fakat düşük dijital okuryazarlık, internet ve teknolojik cihazlara erişimdeki eşitsizlikler ve veri güvenliğine yönelik kaygılar yeni erişim bariyerleri yaratabilmektedir. Bu nedenle dijital ruh sağlığı hizmetleri, yalnızca teknolojik yeniliğin genişletilmesiyle değil, erişim yetilerini güçlendiren, kültürel olarak uyarlanmış ve sosyal eşitsizlikleri azaltmayı önceleyen halk sağlığı yaklaşımlarıyla birlikte ele alınmalıdır.

Kaynaklar

1. *Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). A Framework for the Study of Access to Medical Care. Health Services Research, 9(3), 208-220.*
2. *Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. International Journal for Equity in Health, 12(1), 18. https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18*
3. *Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. Medical Care, 19(2), 127-140. https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001*

DAVETLİ KONUŞMA

ACCESS TO MENTAL HEALTH SERVICES FOR VULNERABLE GROUPS: BARRIERS AND FACILITATORS

Kathrin Exner
Research Associate, Central Institute of Mental Health (ZI), Germany

Abstract

Across the WHO European Region, vulnerable groups experience substantial and intersecting barriers to mental health care. As part of Work Package 1 of the EU-funded EQUICARES project, Deliverable 1.1 synthesised evidence through a Scoping Umbrella Review (SUR) of peer-reviewed and grey literature to map these barriers and facilitators. The review highlights these broader regional patterns while also presenting findings relevant to Türkiye, one of the EQUICARES pilot sites.

Region-wide, the SUR identified consistent obstacles such as stigma, limited mental health literacy, language and communication difficulties, cultural mismatch between service models and community expectations, and challenges navigating complex or fragmented health systems. Structural constraints—including workforce shortages, insufficient specialist capacity, long waiting times, and uneven service availability—further impeded access across many European contexts. At the same time, facilitators such as culturally adapted services, community-based support, flexible service delivery models, and interpreter availability were shown to improve acceptability and accessibility.

Türkiye-specific grey literature reflected the broader regional patterns but highlighted how these manifest in the local context, particularly for refugees and migrants. Key barriers included system navigation difficulties, low health literacy, reliance on informal information channels, limited transport options, language obstacles, and socioeconomic hardship. On the supply side, shortages in the mental health workforce and gaps in training—especially in high-refugee provinces—further constrained access. Facilitators in Türkiye included equitable primary care access, free consultations, the establishment of Migrant Health Centres and psychological units, and the integration of Syrian health professionals and Arabic-speaking interpreters. Workforce development initiatives and psychosocial support training additionally strengthened the accessibility of services.

Taken together, these findings provide a comprehensive overview of the factors shaping mental health care accessibility across Europe while highlighting Türkiye's specific strengths and challenges. This evidence serves as a foundation for tailoring the EQUICARES accessibility framework and informing context-sensitive service improvements for vulnerable populations.

DAVETLİ KONUŞMA

DOĞURGANLIĞIN TEŞVİK EDİLMESİNİN HALK SAĞLIĞI BOYUTU

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2025 yılında yayınlanan son verilerine göre 85.664.944 olan toplam nüfusun, %25,5'ini çocuklar, %14,9'unu 15-24 yaş genç nüfus, %10,6'sını ise 65 yaş ve üzeri nüfus oluşturmaktadır (1). 2024 yılı Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları'na göre; nüfus artış hızımız binde 3,4, nüfusun ortanca yaşı 34,4, çalışma çağındaki nüfus ise %68,4'tür (2). 2022-2024 dönemi için doğuşta beklenen yaşam süresi 78,1 yıl (erkeklerde 75,5 yıl, kadınlarda 80,7) olarak belirtilmektedir (3) Türkiye'de doğurganlık ve ölümlülük düzeylerindeki azalma, nüfusun yaş yapısını değiştirmiş; toplam nüfus içerisinde 15 yaşından küçük nüfusun payı azalmış, 65 yaşın üzerindekilerin payı artmıştır. 1965'de %7,3 olan yaşlı bağımlılığı, 2022'de %14,5'e yükselmiştir. Ancak, geçmişteki yüksek doğurganlık hızlarının etkisiyle 15-64 yaş çalışma çağındaki nüfusun 2050'lere kadar azalması değil, artması beklenmektedir (4).

Türkiye'de toplam bağımlılığın düşük seviyelerde olduğu ve demografik "*fırsat penceresi*" olarak nitelendirilen dönemin yaklaşık son 20 yıldır devam etmekte olduğu ve bu pencerenin 2040'lı yıllara kadar açık kalacağının beklendiği demograflar tarafından belirtilmektedir (4). Yapılan nüfus projeksiyonları, önümüzdeki yıllarda bağımlılık oranlarının yükselmeye başlayacağını ve 2050'li yıllarda yaşlı bağımlılık oranlarının, genç bağımlılık oranlarını geçeceğini göstermektedir (4). Nüfusun değişmekte olan bu yapısı ile ilgili olarak bu yüzyılın başında açılmış olan ve "*bir daha tekrarlanmayacak olan demografik fırsat penceresi"*nin ülke kalkınması açısından iyi değerlendirilerek genç yaş grubuna yönelik ekonomik ve sosyal politikaların uygulanmasının önemli olduğu belirtilmektedir (4).

Konuyla ilgili olarak TÜİK 2025 yılı işgücü istatistikleri incelendiğinde; 15 yaş üstü nüfusun %48,8'inin istihdama katıldığı (erkeklerin %66'sı, kadınların ise %32'si), %53'ünün ise işgücüne katıldığı (erkeklerin %71'i, kadınların ise %36'sı) görülmektedir (5). Cinsiyete göre çalışma yaşamına katılma durumuna bakıldığında, bu rakamlardan da anlaşılacağı gibi, kadınların çalışma hayatında yer alabilmesi (kayıtlı veya kayıt dışı) erkeklerin yarısı düzeyindedir; yani üç kadından sadece biri çalışma hayatına katılmaktadır. Yine konuyla doğrudan bağlantılı bir konu olan, "*fırsat penceresi*" olarak tanımlandığı halde, genç nüfusta (15-24 yaş) işsizlik oranının ülke genelinde %16 (erkeklerde %11, kadınlarda %24) düzeyinde olması son derece dikkat çekicidir (5).

Bu duruma rağmen, Türkiye'de 2010'lardan başlamak üzere son dönemlerde daha sık olarak "doğurganlığın azaldığı, nüfusun yaşlandığı" söylemleri ile bazı yasal düzenlemeler yapılarak her geçen gün doğurganlığın teşvik edilmesi sürecine şahit olmaktayız. Bilindiği gibi, bireylerin ne zaman ve kaç çocuk sahip olacağına karar vermeleri, kadınların kendi bedenlerini ve doğurganlıkları yönetebilmeleri bir insan hakkıdır. Bunun yanı sıra istenmeyen ve riskli gebeliklerin neden olabileceği ciddi sağlık riskleri önlenerek kişilerin sağlıklı ve iyi olma hallerini destekleyen "*doğurganlığın düzenlenmesi hizmetleri*"nden yararlanmak da en temel sağlık hakkıdır. Türkiye'nin taraf olduğu uluslararası sözleşmeler ve belgelerle (İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, Dünya Sağlık Örgütü Anayasası, Avrupa Sosyal Şartı, Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi, CEDAW, Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD) ve ICPD+25, Pekin Deklarasyonu, IPPF'in tanımladığı "Cinsel ve Üreme Hakları", Avrupa Konseyi Parlamenterler Meclisi, "Avrupa'da Yasal ve Güvenli Kürtaja Ulaşım'' kararları vb.) bu haklar güvence altına alınmıştır. Bu nedenle, geleceğe yönelik adımlar atılırken hem uluslararası bu sözleşmeler/belgeler ve Türkiye'deki mevzuat hem geleceğe yönelik nüfus projeksiyonları hem de kadınların mevcut sağlık durumu, bütüncül bir yaklaşımla ele alınarak tartışılmalıdır (6-13).

Türkiye'de kadın sağlığının durumuyla ilgili olarak Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı (CSÜS) hizmetleri açısından mevcut duruma bakıldığında (bu yazıda ülke genelini yansıtan en son ayrıntılı veri 2018-Türkiye Nüfus ve

Sağlık Araştırması-2018 TNSA olduğu için o yıla ait veriler kullanılmaktadır); 2018 TNSA'nın sonuçlarına göre üreme sağlığı ile ilgili son derece çarpıcı veriler görülmektedir (14). Bu araştırmanın sonuçlarına göre, Toplam Doğurganlık Hızı (kadın başına düşen çocuk sayısı) 2,3 olarak belirtilmektedir. Annenin eğitimi ve ailenin refah düzeyi düşükse Toplam Doğurganlık Hızı (TDH) daha yüksek olmaktadır, bölgeler ve kır-kent arasında da ciddi farklılıklar vardır (14). Adölesan (15-19 yaş) kadınların neredeyse %4'ü çocuk sahibi ya da ilk çocuklarına gebedir. İlkokulu bitirmiş kadınların %20'si adölesan (ergenlik) dönemde çocuk sahibi olmaya başlarken, lise veya üzeri eğitim alan kadınlar arasında bu oran %1'e düşmektedir (14). Aynı araştırmaya göre, en düşük refah düzeyine sahip hanelerde yaşayan kadınlar arasında "adölesan annelik" daha yaygın iken (%9), refah düzeyi en yüksek olan hanelerde yaşayan kadınlar arasında daha düşüktür. Türkiye'de, 25-49 yaşlarındaki kadınların %21'i 18 yaşına kadar, %39'u 20 yaşına kadar ve %4'ü ise 15 yaşından önce evlenmektedir (14). Bunların yanı sıra, kadınların %53'ü "*sahip olduğundan daha fazla çocuk sahibi olmak istemediğini*", %14'ü ise "*daha sonra istediklerini*" belirtmiştir. Yani, kadınların yaklaşık üçte ikisinin gebelik istemediği görülmektedir. Ayrıca, anne-bebek ölümleri açısından çok önemli olan riskli gebeliklerin hala çok yüksek ve yaygın olduğu görülmektedir; kadınların %27'si tekli yüksek risk kategorisinde, %9'u ise çoklu yüksek risk kategorisindedir. Bununla birlikte, halen evli kadınların %49'u gebeliği önlemek amacıyla modern bir yöntem kullanmakta, %21'i ise geleneksel yöntem kullanmaktadır (14). Modern yöntem kullanımı 2008'den bu yana çok az bir artış göstermiş, oldukça güvenilir ve etkili olan RİA yönteminin kullanımı (2003'de %20'lerde iken, 2018'de %14) giderek düşmüştür. Hizmete erişim sorunu yaşayan, kırsal alanda ve doğu-güneydoğu bölgesinde ve yoksul kadınlar arasında modern yöntem kullanımı açısından ciddi hizmet açığı mevcuttur (14,15). TNSA 2018 verilerine bakıldığında; AP yöntemlerinin %39'u kamudan, %38'i özel sektörden, %23'ü diğer yerlerden temin edilirken yıllar içerisinde birinci basamak kuruluşlardan temin edenlerin yüzdesinin %36'dan %24'e gerilemiştir (14). 2018 TNSA verilerinde en göze çarpan diğer bir bulgu ise, AP'nda hizmet açığını ortaya koyan "***AP'nda karşılanamayan gereksinim"***in 2013 yılındaki TNSA'ya göre ***%6'dan %12'ye;*** yani ***iki katına*** çıkmasıdır. Bu rakamın ayrıntısına bakıldığında, halen evli kadınların %4'ü bir sonraki doğuma ara vermek istemekte, %8'i ise artık daha fazla doğum yapmak istememektedir (14). Geleneksel yöntem kullananlar (%21) da bu gruba dâhil edildiğinde, ***AP'nda karşılanamayan gereksinim %33***'leri bulmaktadır (14). Yani, Türkiye'de her üç kadından birinin, sosyal devletin herkese eşit bir şekilde vermekle yükümlü olduğu Temel Sağlık Hizmetleri'nden (TSH) biri olan AP hizmetlerine olan ihtiyacı karşılanmamaktadır. Üreme sağlığı hizmetlerinden olan doğum öncesi bakım alma ve doğumların sağlıklı koşullarda yapılma durumu incelendiğinde; hizmetin niteliği bilinmese de gebelerin %96'sının doğum öncesi bakım almış olması ve ev doğumlarının sıklığının azalmış olması olumlu sonuçlardır. Doğumların %99'u bir sağlık kuruluşunda ve bir sağlık personeli eşliğinde gerçekleşmektedir. Ancak, ülke genelindeki bu olumlu rakamlar, hizmete erişimde sorun olduğunu işaret edecek şekilde, kent-kır, bölgeler arası ve kadınların eğitim durumuna göre farklılıklar göstermektedir (14).

Türkiye'de anne ölümlerindeki durum Sağlık Bakanlığı istatistiklerine göre incelendiğinde; 2018'den bu yana anne ölüm oranının (AÖO) plato çizdiği görülmektedir (16-18). 2020 yılında anne ölüm oranı yüz bin canlı doğumda 13,1 olarak belirtilmekte, dipnotta belirtilen COVID-19 kaynaklı anne ölümleri bu orana dâhil edildiğinde yüz bin canlı doğumda 19,9 olduğu görülmektedir (17-18). 2024 yılı Sağlık Bakanlığı istatistiklerinde anne ölüm oranının yüz bin canlı doğumda 11,5 olarak belirtilmekte, bölgeler arasında önemli farklar olduğu görülmektedir; örneğin Doğu Marmara'da yüz bin canlı doğumda 9,3 olan AÖO'ı, Orta Anadolu ve Kuzeydoğu Anadolu'da yüz bin canlı doğumda 14'lere çıkmaktadır (19). Bununla birlikte; 2020-2023 yılları için WHO, UNICEF, UNFPA'nın birlikte hazırladığı farklı ülkeleri değerlendirdikleri raporda ise, Türkiye için verilen tahmini AÖO biraz daha yüksek olarak (2023 için yüz bin canlı doğumda 15) belirtilmekte ve bu yıllar arasında anne ölümlerindeki azalmanın çok az olduğu ortaya konmaktadır (20).

Türkiye'de isteyerek düşüklerle ("*kürtaj*") ilgili duruma bakıldığında; 2018 TNSA verilerine göre isteyerek düşükler %6'dır (14). Kadir Has Üniversitesi'nin 2016'da yaptığı ve 2020'de tekrarladığı bir araştırmaya göre ise, "*isteğe bağlı kürtaj yapmıyoruz*" diyen hastanelerin yüzdesi dört yılda %12'den %54'e çıkmıştır. İsteğe bağlı

gebelik sonlandırmalarının yasal ancak ulaşılabilir olmadığı açıkça görülmektedir (21). Temelinde toplumsal cinsiyet eşitsizliği yatan kadına yönelik şiddet (KYŞ) açısından beş yıl arayla yapılan iki ulusal araştırma sonuçları arasında önemli fark görülmemekte ve her üç kadından biri (%36), birlikte yaşadığı eşinden fiziksel şiddet görmektedir (22). 2024 yılı TÜİK-KYŞ araştırmasında; kadınların %12,8'inin hayatları boyunca en az bir kez fiziksel şiddet gördüğü, son 12 ay içinde ise kadınların %2,6'sının fiziksel şiddet gördüğü, %11,6'sının psikolojik şiddete, %0,9'unun ise cinsel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır (23). Yani, 2014 KYŞ araştırmasında saptanan değerlere göre yaklaşık üçte ikilik bir azalmadan söz edilmektedir Temelinde yine toplumsal cinsiyet eşitsizliği yatan diğer bir olay da çocuk yaşta evliliklerdir. Halen Türkiye'de genç kızların 18 yaşından önce evlendiriliyor (%15) olması söz konusudur (14). Adölesan doğurganlık hızı da binde 10 düzeyindedir (24). Tüm bu rakamlardan da anlaşılacağı üzere, Türkiye'de CSÜS ve kadın sağlığı hizmetlerinde hala çok ciddi sorunlar vardır.

Türkiye'de sağlık sisteminin durumu incelendiğinde ise, 1980 sonrası dönemde neoliberal politikaların etkisiyle "sağlıkta reform ve yeniden yapılanma" adıyla, 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile sağlık hizmetlerinin kamusal sorumluluktan çıkarılarak piyasa koşullarına bırakıldığı görülür (25). Bu süreç içinde önce pilot uygulamalarla, 2011'de ise tüm ülkede yaygınlaştırılarak Aile Hekimliği (AH) sistemi uygulamaya konmuştur. Neoliberal ekonomik politika ile sağlık alanında kamusal finansmanın yerini, ticarileşmiş ve bireyselleştirilmiş hizmet anlayışı almış ve bu gelişme sağlıkta eşitsizliklerin artmasına neden olmuştur (25). AH'liği uygulamasında 15-49 yaş kadın izlemleri ve AP dahil pek çok koruyucu kadın sağlığı hizmeti performans sistemine dahil edilmemiştir. Elbette bu gelişmeler kadın sağlığı hizmetlerinin ve göstergelerinin mevcut durumunu da etkilemiştir. SDP kapsamında yürütülen hizmetler sürecinde, sağlık hizmet birimlerinin sayısı ve donanım ve malzeme eksikliği gibi sorunlar nedeniyle, özellikle de yoksul ve eğitimsiz kadınlar arasında kamusal alanda AP hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikler derinleşerek devam etmiştir (25). 1994-ICPD süreci sonrasında Türkiye'de uygulanmaya çalışılan programların (adölesanlara yönelik CSÜS eğitimleri ve hizmetleri, üniversitelerin mediko-sosyal üniteleri içerisinde genç dostu CSÜS hizmetleri, erkeklerin AP konusunda eğitimi, sağlık personelinin AP eğitimleri vb.) birer birer yok olduğu görülmektedir.

Türkiye'de neoliberal politikanın izlenmesinin yanı sıra "muhafazakârlaşma" olarak da ifade edilen ve günümüze kadar ulaşan süreçte, kültürel alana, eşitlikçi cinsiyet anlayışına ve kadın bedeni üzerinden üreme haklarına vb. saldırılar da beraberinde gelmiştir. Kadınların geleneksel rollerine vurgu yapan anlayış ve patriyarkal yapı, ülkede var olan toplumsal cinsiyet eşitsizliğini giderek derinleştirmiştir. Türkiye, yıllar itibarıyla gerileyerek 2025 yılı Küresel Toplumsal Cinsiyet Uçurumu Raporu'una göre (26); 148 ülke içinde 135. sırada yer almıştır ve indeks değeri 0,633'tür. Bu değerlendirmedeki alt başlıklara göre ise, "politik güçlenme" başlığında 139., "ekonomiye katılım ve fırsatlar" alt başlığında 133., "eğitime erişim başlığında" 92., "sağlık ve hayatta kalma" alt başlığında ise 82. sırada yer almıştır (26). Kadının statüsü, üreme hakları ve CSÜS hizmetlerine erişim açısından Türkiye'nin dünya sıralamasındaki yeri ve kadın-erkek eşitsizliğinin kabul edilemez düzeydedir.

Bu kapsamda uygulanan SDP, kadın sağlığı hizmetleri açısından bu olumsuzlukları takip eden süreçte, 2008 yılından itibaren karar vericilerin "*en az 3 çocuk*" politikasıyla doğurganlığı teşvik eden söylemleri sürerken, 2014 yılında yürürlüğe giren 10. Kalkınma Planı'nda 1965'ten beri süregelen antinatalist nüfus politikalarının, nüfus artış hızı, doğurganlık oranı ve genç nüfusun toplam nüfus içindeki payında azalmaya neden olduğu vurgulanmıştır. Plan'da 2012 itibariyle TDH'nın 2,08'e gerileyerek nüfusun kendini yenileme hızı olan 2,1'in altında seyrettiği ifade edilmiş, doğurganlığı teşvik eden hedefler yer almıştır. Böylece, Türkiye'de önemli bir değişim olarak yeniden pronatalist nüfus politikasına dönüldüğü görülmektedir (27). Bu değişimle birlikte, ailenin korunması adı altında kadını birey olarak gören anlayış yerine, aile içinde tanımlayan anlayış ve Türkiye'nin genç nüfus demografik yapısının korunması konusu öne çıkarılmıştır. Bu kapsamda "Ailenin ve Dinamik Nüfus Yapısının Korunması Programı" hedefleri arasında, kadınların üreme haklarına ve kararına müdahale anlamına gelen, çalışan kadınlarda TDH'nın düşüklüğü iddiasıyla bazı yasal teşvikler getirilmesi söz konusu olmuştur (28). 2024 yılı için TDH'nın 1,48 olduğu belirtilmektedir (24) Bu kapsamda Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı bünyesinde kurulan Nüfus Politikaları Kurulu'nun nüfusu artırmaya yönelik planlamalar yapmakla görevlendirildiği görülmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Türkiye'de, kamusal anlayışın olduğu yıllarda, kanıta dayalı düzenlemeler ile yıllar itibarıyla kadın sağlığının düzeyinde önemli gelişmeler olmuş ve başarılar elde edilmiştir. Ancak, 1980 sonrası dönemden başlayarak 2000'li yıllardan itibaren izlenen neoliberal politikaların yansıması olarak uygulanan SDP ve sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesiyle birlikte, kadın sağlığı hizmetlerinden yararlanmada bölgeler arasında ve kent-kır arasında giderek derinleşen eşitsizlikler mevcuttur (25).

Son dönemlerde karar vericilerin, kadın sağlığı ile ilgili mevcut durumu bütüncül olarak incelemeden, sadece nüfusla ilgili verilere bakarak Türkiye'de nüfus yapısında beklenen bu doğal dönüşümü doğru ve iyi değerlendirmediği açıkça görülmektedir. Oysa; yaşlanan nüfus gerçeği ortada iken sosyal devletin bir yandan yaşlanan nüfusa yönelik sağlık ve sosyal hizmetler de dahil, ihtiyaç duyulacak olan hizmetler için hazırlıkları yapması gerekirken, bir yandan da ülke kalkınması açısından "demografik fırsat penceresinin" iyi değerlendirilmesi, bu amaçla genç işsizliğin önlenmesine yönelik çalışmaların yapılması önemlidir. Bu kapsamda, çalışma yaşamında %30'larda olan kadın istihdamının toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlayıcı yaklaşımla desteklenmesi ve kamusal her türlü destek sağlanmak koşuluyla kadınların "eşit düzeyde ve eşit haklarla çalışma yaşamına katılmalarını" sağlayıcı düzenlemelerin yapılması iyi ve doğru bir müdahale olarak savunulmalıdır.

Türkiye'de doğurganlık konusu ele alınırken ülke olarak uluslararası platformlarda imzalanan ve taahhüt edilen sorumluluklar hatırlanmalı ve yerine getirilmelidir. Bu kapsamda, toplumsal cinsiyet eşitliği dahil, kadın sağlığını belirleyen tüm faktörlerin ve kadın yaşamının her dönemi için temel ihtiyaçların bütüncül olarak değerlendirilmesi gerekir (29). Birinci basamakta bir TSH olarak AP hizmetleri verilmediği durumda, özellikle yoksul gruplarda istemediği halde gebe kalan ve riskli gebeliği olan kadınların sağlıksız koşullarda düşük yapma eğilimleri ve bunun sonucunda anne ölümleri artacaktır. Sık doğumların, istenmeyen gebeliklerin ve adölesan gebeliklerin anne ve bebek ölümlerini artırdığı göz önüne alınarak aile, kadın ve çocuk sağlığını riske atan politikalardan vazgeçilmelidir.

Doğurganlığın teşvik edilmesinin sonucunda kadın ve çocukların, ailelerin ve toplumun sağlığının zarar göreceği açıktır. (29). Kaldı ki birçok ülkede doğurganlığı teşvik eden politika ve uygulamaların kadınlara ve eşlerine mali teşvikler ve ödüller sunulduğunda bile, bu ülkelerde doğurganlık oranlarını etkilemediği, ancak bu tür politikaların sadece kadın haklarına zarar verdiği kanıtlanmıştır (30). Türkiye'de eşitlikçi ve adil bir nüfus politikasının benimsenmesi gerekir. Kadınların bedenleri, yaşamları ve gelecekleri üzerindeki kararların yalnızca kendilerine ait olduğu kabul edilmeli ve devlet politikalarının, bireylerin bu haklarını koruyacak, gereksinimlerini karşılayacak şekilde düzenlenmesi gerekir. Üreme sağlığı hizmetlerine erişim temel bir insan hakkıdır; doğum kontrol yöntemleri, güvenli koşullarda düşük hizmetleri ve kapsamlı cinsel sağlık eğitimi de dahil CSÜS hizmetleri ve ücretsiz ve herkes için erişilebilir olmalıdır.

Kaynaklar

1. *TÜİK, 2025. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dunya-Nufus-Gunu-2025-54078 (Erişim tarihi: 17.11.2025)*
2. *TÜİK, 2024. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayal%C4%B1-N%C3%BCfus-Kay%C4%B1t-Sistemi Sonu % C3 % A7lar %C4%B1-2024-53783&dil=1 (Erişim tarihi: 17.11.2025)*
3. *TÜİK (2025) Hayat Tabloları, 2022-2024. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hayat-Tablolari-2022-2024-54081 (Erişim Tarihi: 17.11.2025)*
4. *Ergöçmen AB, Keskin F. Türkiye Nüfusunun Değişimi (2022). Türkiye'de Nüfus ve Toplum/Population and Society in Turkey kitabı içinde, (Ed.: MF Aysan), TC İçişleri Bakanlığı, Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Gen. Md. ve Marmara Üniv. NSP Merkezi, Yeditepe Yayınevi, ISBN: 978-625-8260-00-7*
5. *TÜİK, 2025. İşgücü İstatistikleri. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Isgucu-Istatistikleri-Nisan-2025-54062 (Erişim Tarihi: 19.11.2025)*
6. *Tiryakioğlu B., Öztürk N. (2023). Türkiye'nin Taraf Olduğu Bazı Uluslararası Sözleşmeler Çerçevesinde Kadın. Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı Kitabı içinde. (Eds: A. Akın, S. Özpınar) 2. Basım. 2023, s: 333-355*

7. *T.C. Resmi Gazete (1985). Kadınlara Karşı Her türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi. https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/18898.pdf (Erişim tarihi: 19.11.2025)*

8. *UN Women. Convention on the Elimination of all forms of Discrimination Against Women. https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm (Erişim tarihi: 20.11.2025)*

9. *UNFPA (1994). Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı. https://www.unfpa.org/1994 (Erişim tarihi: 20.11.2025)*

10. *UN Women. Beijing and its Follow-up https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/ (Erişim tarihi: 20.11.2025)*

11. *IPPF (2008). Sexual and Reproductive Health and Rights https://www.ippf.org/resource/sexual-rights-ippf-declaration (Erişim tarihi: 20.11.2025)*

12. *Çoban F. (2015) Bir İnsan Hakkı Olarak Güvenli Kürtaja Erişim. Artvin Çoruh Üniversitesi. Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi (2), 2015 Kış/Winter:79-112*

13. *Nairobi Summit on ICPD25 (2019). https://www.nairobisummiticpd.org/content/about-nairobi-summit (Erişim tarihi: 19.11.2025)*

14. *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%20-%20raporlar/2018%20TNSA/TNSA2018_ana_Rapor_compressed.pdf (Erişim tarihi: 29.08.2025)*

15. *Özdemir R, Cevik C, Cicekliogluu M. (2019) Unmet needs for family planning among married women aged 15-49 years living in two settlements with different socioeconomic and cultural characteristics: a cross-sectional study from Karabuk Province in Turkey. Rural Remote Health. 2019 Aug;19(3):5125 https://doi.org/10.22605/RRH5125*

16. *Bahar-Özvarış Ş., Akın A. (2020). Anne Ölümleri (Eds.: S. Üner, P. Okyay) Türkiye Sağlık Raporu 2020 içinde (131-137 ss.) Ankara: Hipokrat Yayınevi. ISBN: 978-605-7874-83-2*

17. *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2020) https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/43399,siy2020-tur-26052022pdf.pdf?0 (Erişim tarihi: 20.11.2025)*

18. *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2021) https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/45316/0/siy2021-turkcepdf.pdf (Erişim tarihi:20.11.2025)*

19. *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2024) Haber Bülteni, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/44131/0/saglik-istatistikleri-yilligi-2021-haber-bultenipdf.pdf (Erişim tarihi: 16.11.2025).*

20. *WHO (2025) Trends in maternal mortality estimates 2000 to 2023: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. Geneva: World Health Organization; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.*

21. *O'Neil ML, Aldanmaz B, Quilez RMQ, Kılınç FR (2016). Yasal Ancak Ulaşılabilir Değil: Türkiye'deki Devlet Hastanelerinde Kürtaj Hizmetleri, Kadir Has Üniversitesi, Toplumsal Cinsiyet ve Kadın ve Çalışmaları Araştırma Merkezi. https://gender.khas.edu.tr/sites/gender.khas.edu.tr/files/docs/2020-12/kurtaj-hizmetleri-raporu.pdf (Erişim tarihi: 17.11.2025)*

22. *HÜNEE (2014). Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Rapor https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%20-%20raporlar/Aile%20i%C3%A7i%20%C5%9Eiddet%20Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%C4%B1/ozetraporturkce_2014_ais.pdf (Erişim tarihi: 20.11.2025)*

23. *Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Türkiye Kadına Yönelik Şiddet Araştırması 2024 https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Kadina-Yonelik-Siddet-Arastirmasi-2024-57940 (Erişim tarihi: 20.11.2025)*

24. *TÜİK (2024) Doğum İstatistikleri 2024. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2024-54196 (Erişim tarihi: 19.11.2025)*

25. *Dayı A. (2019) Neoliberal Health Restructuring, Neoconservatism and the Limits of Law: Erosion of Reproductive Rights in Turkey. Health Hum Rights. 2019 Dec;21(2):57-68.*

26. *Global Gender Gap Report (2025). https://www.weforum.org/publications/global-gender-gap-report-2025/ (Erişim tarihi: 15.11.2025)*

27. *Özdemir A. (2017). Doğum Kontrol Teşviklerinden En Az Üç Çocuğa: Tarihsel Süreçte Türkiye'de Antinatalist ve Pronatalist Politikaların Seyri, 2017, Uluslararası Politik Araştırmalar Dergisi 3 (3), 65-75*

28. *T.C. Kalkınma Bakanlığı (2013). Onuncu Kalkınma Planı, 2014-2018. Ankara. https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2022/08/Onuncu_Kalkinma_Plani-2014-2018.pdf (Erişim tarihi: 17.11.2025)*

29. *HASUDER (2025). Nüfus Politikaları ve Üreme Hakları Çalıştayı Sonuç Bildirgesi. https://www.hasuder.org.tr/deprem/detay/nufus-politikalari-ve-ureme-haklari-calistayi-sonuc-bildirgesi-69D2747B-A045-76D6-87AC-3A1873A768ED (Erişim Tarihi: 19.11.2025)*

30. *UNFPA (2023) Dünya Nüfusunun Durumu Raporu 2023; 8 Milyar Yaşam, Sonsuz Olasılıklar: Haklar ve seçimler üzerine. https://turkiye.unfpa.org/tr/swop-tr-2023 (Erişim Tarihi: 19.11.2025)*

DAVETLİ KONUŞMA

SEL AFETİNE HAZIRLIKLI OLMA VE YÖNETİM: PAKİSTAN VE LİBYA DENEYİMİ

Dr. Öğr. Üyesi Burak Kurt
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

2022 muson mevsimi, Pakistan'ın tarihindeki en yıkıcı doğal afetlerden birini tetikledi; Sindh, Pencap, Hayber Pakhtunkhwa ve Belucistan dahil olmak üzere 90 bölgede 33 milyondan fazla insanı etkileyen büyük çaplı sel ve heyelanlara yol açtı. Seller, Pakistan topraklarının üçte birini sular altında bırakarak yaklaşık 8 milyon kişinin yerinden olmasına ve 2 milyondan fazla evin yıkılmasına veya hasar görmesine neden oldu. Yaklaşık 600.000 kişi yardım kamplarına sığınmak zorunda kalırken, diğerleri temel ihtiyaçlara sınırlı erişimi olan geçici barınaklarda yaşadı. Afet; ekinlerin, hayvanların ve tarım arazilerinin yaygın şekilde yok olmasına sebep oldu; tarıma bağımlı kırsal topluluklar üzerinde derin etkiler yarattı. Bu kayıplar yoksulluğu artırdı ve akut gıda kıtlığına yol açtı. Çoğunluğu Sindh ve Belucistan'da yaşayan tahmini 8,6 milyon kişi gıda güvenliğinden mahrum kaldı. Pakistan Ulusal Afet Yönetim Otoritesi'ne (NDMA) göre seller 1.700'den fazla kişinin ölümüne ve 12.800 kişinin yaralanmasına yol açtı.

Afet aynı zamanda ciddi bir halk sağlığı krizini tetikledi. Durgun sel suları, zarar gören su altyapısı ve yetersiz sanitasyon sistemleri; kolera, tifo, ishal, sıtma ve dang humması gibi su kaynaklı ve vektörel hastalıkların yayılmasına neden oldu. Özellikle Sindh ve Belucistan'da 1.400'den fazla sağlık tesisinin tahrip olması, sağlık hizmetlerine erişimi daha da kısıtladı; çocuklar, gebeler ve yaşlılar gibi savunmasız gruplar için riskleri artırdı. Bazı bölgelerde sel sularının aylarca çekilmemesi, iyileştirme çalışmalarını geciktirdi. Yollar ve köprüler ağır şekilde zarar gördüğünden birçok bölgeye yardım ulaştırılması zorlaştı. Su, sanitasyon ve hijyen (WASH) altyapısının yıkılması, milyonlarca insanı güvenli içme suyundan mahrum bıraktı; geçim kaynaklarının kaybı ekonomik kırılganlıkları derinleştirdi.

Ertesi yıl, Libya, 2023 yılı 10–11 Eylül gecesi, tarihinin en yıkıcı doğal afetlerinden biriyle karşılaştı. Akdeniz'de başlayan Daniel kasırgası ülkenin kuzeydoğu kıyısına ulaştı. Kasırga, eşi benzeri görülmemiş yağışlar, ani sel baskınları ve fırtına şiddetinde rüzgârlar getirerek Derne kentindeki iki barajın çökmesine yol açtı. Bu durum, tsunami benzeri bir su taşkınını tetikleyerek tüm mahalleleri denize sürükledi ve Derne ile çevresindeki bölgelerde büyük yıkıma neden oldu.

Yıkımın boyutu son derece büyüktü. Birleşmiş Milletler İnsani İşler Koordinasyon Ofisi (OCHA) tahminlerine göre 5.200'den fazla insan yaşamını yitirdi, 8.000'den fazla kişi kayıp olarak bildirildi ve 40.000'den fazla kişi yerinden edildi. Halk dış dünyadan koptu; hastaneler, su şebekeleri, okullar ve yollar dâhil olmak üzere kamu hizmetleri ve altyapı harap oldu; sağlık hizmetleri, temiz su, barınma ve gıda gibi temel ihtiyaçlara erişim ciddi şekilde kesintiye uğradı.

Yaklaşık 130.000 kişinin yaşadığı kıyı kenti Derne felaketin merkez üssü oldu; ancak etkiler Bingazi ve ötesine kadar yayıldı. Şiddetli yağışlar ve barajların çökmesi birleşerek, siyasi istikrarsızlık, kırılgan kurumlar ve uzun süreli çatışmalarla zaten mücadele eden ülkede yüz binlerce kişi için benzeri görülmemiş bir insani acil durum yarattı.

Afetin kapsamı çok genişti; yüz binlerce insan etkilendi ve sağlık, barınma, su ve sanitasyon (WASH) ile gıda güvenliği gibi temel bileşenler büyük zarar gördü. Sağlık sektörü, hasar gören tesisler ve artan ihtiyaçlar nedeniyle ciddi baskı altında kalırken; WASH altyapısının ağır şekilde zarar görmesi, su kaynaklı hastalık riskini artırdı. Tarım alanlarının sular altında kalması ve tedarik zincirlerinin zarar görmesi nedeniyle gıda sistemleri de aksadı; birçok topluluk insani yardıma bağımlı hâle geldi.

Her iki felakette, AFAD Başkanlığı ve Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü koordinasyonunda, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ekibi tarafından durum tespiti ve müdahale çalışmaları yapıldı.

DAVETLİ KONUŞMA

KÜRESEL ISINMAYA JEO-BİYOLOJİK BİR BAKIŞ

Prof. Dr. Ali Demirsoy
Hacettepe Üniversitesi Fen Fakültesi Biyoloji Bölümü

DÜNYANIN ÇOK DİLE GETİRİLMEYEN İKİ ÖZELLİĞİ

Dünya güneş sistemindeki diğer uydulardan çeşitli özellikler bakımından birçok farklılık gösterdiği bilinmektedir. Ancak, iki özelliği, birçok çevrede hiç dile getirilmez ve daha doğrusu bilinmez. Bunlar, dünyadaki kil ve birikmiş kalker depolarıdır. Bildiğimiz kadarıyla, kalkeri ve kil deposu olan herhangi bir gök cisme bilinmiyor. Kil ve kalkerin ortaya çıkmasının nedeni ve bu bileşiklerin canlılar için önem nedir? Bunu bir biyojeolojik açıdan inceleyeceğiz:

Kil: Topraktaki anyon katyon salınımını düzenleyen önemli bir dünya bileşiği.

Kalkerli kayaçlar: Kalsiyum karbonat bileşikli bu kayaçlar, dünyayı yaşanabilir kılan en önemli unsur olarak bilinmektedir. Bu nedenle kalker depolarının evrimsel değişimi kısaca incelenmelidir.

Kalkerli kayaçların oluşumunda canlıların etkisi

Karbondioksit bağlayan canlıların, küresel ısının düzenlenmesi bakımından evrimsel önemi ortaya çıkmaktadır. Dünyadaki çok yoğun karbondioksit, bazı canlılar tarafından karbonatlar halinde bağlanarak, kavkıları ve vücutlarının değişik yapıları ile özellikle denizlerin dibine yığılıp, yüzlerce ve binlerce metre kalınlığında karbonat yataklarını ya da katmanlarını ya da sedimanlarını oluşturmuşlardır. Bugün, Türkiye'yi bir uçtan öbür uca kat eden Toroslar, Munzurlar ve çok sayıda tektonik yapıda olmayan dağ oluşumları, özellikle ikinci zamanda, yani Mezozoyik'te bir hücrelerinin oluşturduğu yığınlardır.

Karbonatlara bağlı olarak dünyada ısı düzenlenmesi nasıl gerçekleşmektedir?

Karbondioksit bilindiği gibi hem ısının atmosferde tutulmasını sağlar, hem de ısının uzaya soğrulmasını önler. Karbondioksitin okyanuslarla etkileşimi, günümüze kadar CO_2'in belirli bir dengede kalmasını sağlamıştır.

Dünyada ısının döngüsü nasıl olmaktadır?

Kısa dalgalı ışınların uzun dalgalı ışınlara dönüşmesi: Küresel ısınmanın dünya yüzeyindeki sıcaklığın artması olarak tanımlandığını söyleyebiliriz. Bunun ortaya çıkma nedeni de şöyledir: İşleme (penetrans) yani bir katmandan geçme gücü yüksek olan çoğunluğu kısa dalga boylu (mor ötesine yakın) ışınların, geçtiği katmanı terk ederken işleme gücü daha düşük olan uzun dalgalı ışın boylarına (kırmızı ötesine yakın) dönüşmesidir.

Dünyadaki iklim değişikliklerine neden olan olası etkiler nelerdir?

Atmosferin en üst tabakalarından giren radyasyon enerjisi ile savrulan radyasyon enerjisi, çoğunluk belirli bir dengededir ve bu denge dünyanın katı ve sıvı yüzeyindeki sıcaklıkla bir çeşit ilişkilidir. Bu dengeyi etkileyen faktörler, dünyadaki iklim oluşumlarının da değişmesine neden olur.

Bu etkiler:

1. Dünya Konumunun Değişimi:
2. Gelen güneş ışınlarının miktarı ve dalga boylarının
3. Bulutlanmaya ve partikül birikimine (donukluk) bağlı olarak atmosferin yansıtıcılık özelliğinin değişmesi

4. Ozon tabakasının tahribi
5. En önemlisi karbondioksitin ve diğer sera gazlarının miktarının artmasıyla atmosferin ve denizlerdeki karbonatlı bileşiklerin yapısının ve niteliğinin değişmesidir.
6. Son olarak resiflerde meydana gelen ağarmanın karbon dioksit tutulmasında ortaya çıkardığı aksamalar.

Karbon döngüsünün küresel ısınmadaki –sonucu belirleyici- rolü

Jeolojik dönemlerdeki karbondioksit miktarı ile (karbonatlı kayaçlardan miktarını saptayabiliyoruz) dünya yüzeyindeki sıcaklık arasındaki bağlantı (çeşitli yöntemlerle bu sıcaklığı da saptayabiliyoruz) kurulabilmektedir.

Dünyada iklimlerde, daha doğru bir tanımla sıcaklık kuşaklarında meydana gelen kaymalar, büyük bir olasılıkla buzul ve buzul arası dönemlerin ortaya çıkmasına nadan olmuştur. Bu yargıyı destekleyen birçok kanıt da bilinmektedir.

Doğayı bilinçli olarak gözlediğimi söyleyebileceğim, 42 yılda tanık olduğum Anadolu'daki değişiklikler verilecektir.

"GEÇMİŞİ OLMAYAN YA DA SİLİNMİŞ-YOKEDİLMİŞ BİR DÜNYA

VAR OLMAMIŞ BİR DÜNYADIR"

DAVETLİ KONUŞMA

SAĞLIK VERİSİ KULLANIMINDA ÜLKELER ARASI ORTAK İLKELER

Dr. Öğr. Üyesi Mithat Temizer
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Neredeyse tüm rejimlerde ortak olan ana ilkeler:

1. **Özel nitelikli veri statüsü**: Sağlık verisi, diğer kişisel verilere göre daha sıkı korunuyor.
2. **Açık ve bilgilendirilmiş rıza**: Özellikle araştırma ve ikincil kullanımda çoğu sistem bunu temel kabul ediyor; istisnalar (toplum yararı, kamu sağlığı, araştırma istisnaları) net çerçevelere bağlanmış.
3. **Amaçla sınırlılık & veri minimizasyonu**
4. **Anonimizasyon / Pseudonymization**: Veri, mümkün olduğunca kimlikten arındırılarak üçüncü kişilerle (araştırmacılar, istatistik kurumları) paylaşılıyor.
5. **Şeffaflık ve hesap verebilirlik**: Veri koruma otoriteleri, denetimler, veri ihlali bildirim zorunluluğu vb.
6. **Hakkaniyet ve birey hakları**: Veri sahibinin: erişim, düzeltme, silme, işlemeyi kısıtlama, itiraz etme, taşınabilirlik gibi hakları (özellikle GDPR/UK GDPR).

Türkiye – Diğer ülkeler karşılaştırması

- **Hukuki seviye**: KVKK ≈ GDPR mantığında; sağlık verisi özel kategori. Ancak AB'de birçok ülkede sağlık verisinin ikincil kullanımına özgü ayrı çerçeveler (SNDS, Health Data Authority, TRE'ler) gelişmiş durumda.
- **Kurumsal yapı**: AB/UK/kanada/Avustralya'da genellikle **ulusal veri platformları + trusted research environments** var. Türkiye'de Bakanlık veri tabanları güçlü (USS), ama araştırmacı açısından erişim süreçleri daha az standartlaştırılmış ve daha idari/kişisel ilişkilere bağımlı olabiliyor.
- **Araştırma ekosistemi**: Nordik ülkeler, UK, Kanada, Avustralya; uzun süreli kayıt bağlantılarıyla "kayıt tabanlı araştırmalar" için çok elverişli. Türkiye'de doğum/ölüm, bulaşıcı hastalık, kanser, aile hekimliği vb. kayıtlar var; ama sistemler arası veri birleştirme (TC kimlik no bazlı) ve araştırmacıya açıklık konusunda hâlâ daha geride.
- **Dijital sağlık ve ticari uygulamalar**: Türkiye'de mHealth, giyilebilirler ve özel sigorta uygulamaları yavaş ama artıyor; KVKK bu alanlarda temel çatı. ABD ve bazı AB ülkelerinde Big Tech ile sağlık verisinin kesişimi (cloud, EHR şirketleri, AI hizmetleri) daha yoğun ve tartışmalı.

KVKK perspektifinden "iyi örnek" ne olabilir?

KVKK çerçevesinde, uluslararası iyi örneklerden esinlenerek:

1. **Ulusal Sağlık Veri Platformu / Sağlık Veri Yasası:** SNDS (Fransa) veya Danish Health Data Authority gibi, ikincil kullanımları standartlaştıran, başvuru–değerlendirme–erişim süreçleri net tanımlı bir yapı.
2. **Trusted Research Environment (TRE) modeli:** Veriyi dışarı çıkarmadan, araştırmacının güvenli sunucuya bağlanarak analiz yapması; loglama, çıktı kontrolü, veri minimizasyonu. Örnek olarak Ankara Üniversitesi, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi ve Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi ile TUİK arasındaki ortak protokolle mümkün olan E-VAM (Araştırmacının VAM (Veri Araştırma Merkezi)'a gelmesine gerek kalmadan, uygulama ve masaüstü yazılımlara tarayıcı üzerinden bağlanarak uzaktan erişimle çalışmalarını yapabildikleri bir ortam) uygulamasının diğer kurumlara ve diğer veri sistemelerine yaygınlaştırılması.
3. **Şeffaflık mekanizmaları**: Halkın hangi veri hangi amaçla kullanılıyor görebileceği paneller; veri paylaşım kararlarının kriterlerinin yayımlanması.
4. **Araştırma, kamu sağlığı ve inovasyon dengesinin iyi kurulması**: Özellikle pandemi, kronik hastalık, kanser, nadir hastalıklar, yapay zekâ tabanlı klinik karar destek sistemleri gibi alanlarda toplum yararı için veri kullanımının önünün açılması, ama bunu yaparken bireysel hak ve özgürlüklerin korunması.

DAVETLİ KONUŞMA

İL VE İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜKLERİNDE VERİYE ERİŞİM: KISITLILIKLAR VE ÖNERİLER

Uzm. Dr. Mustafa Enes Özden
Kars Kağızman İlçe Sağlık Müdürlüğü

Saygıdeğer hocalarım, değerli meslektaşlarım;

"İl ve İlçe Sağlık Müdürlüklerinde Veriye Erişim: Kısıtlılıklar ve Öneriler" başlıklı konuşmamda, sağlık yönetiminde kanıta dayalı karar verme süreçlerinin temelini oluşturan verinin, birinci basamakta yerini ele alacağım. Konuşmamda büyük hacimde veri üreten İl ve İlçe Sağlık Müdürlüklerimizde, bu verinin yönetsel bir araca dönüşmesi sürecinde karşılaşılan kısıtlılıkları beş temel başlık altında irdeleyeceğim. Bu içerik hazırlanırken; farklı ölçeklerdeki İl-İlçe Sağlık Müdürlüklerinde ve Sağlıklı Hayat Merkezlerinde, gerek yönetici gerek halk sağlığı uzmanı olarak görev yapan meslektaşlarımın sahadaki deneyimlerinden faydalanılmıştır.

İlk olarak **verinin varlığı** açısından bakıldığında; mevcut işleyişin ağırlıklı olarak nicel girdi verilerine ve performans odaklı işlem sayılarına yoğunlaştığı, buna karşın toplum sağlığını yansıtan niteliksel çıktıların gölgede kaldığı görülmektedir.

İkinci olarak **verinin erişilebilirliği** noktasında; bürokratik izin prosedürleri, verinin erişim yetkisinin genellikle sınırlı tutulması, kurumlar arası veri paylaşım mekanizmalarının işletilememesi ve sahadaki yönetici veya araştırmacılara işlenebilir ham veri sunulmaması önemli engeller teşkil etmektedir.

Üçüncü başlığımız olan **verinin kullanılabilirliği**; birbiriyle entegre olmayan dağınık sistemler ve sıklıkla yinelenen raporlama talepleri nedeniyle oluşan format karmaşası ile sekteye uğramaktadır. Amaca yönelik olmayan veri talepleri, sistemin verimliliğini düşürmektedir. Ayrıca bu bölümde; kişi tabanlı kayıt tutan Aile Hekimliği sistemi ile coğrafi bölge tabanlı hizmet sunan İl-İlçe Sağlık Müdürlükleri arasındaki yapısal uyumsuzluğun veri analizine etkilerine de değinilecektir.

Dördüncü olarak **verinin doğruluğu ve tutarlılığı**; veri giriş personelinin eğitim ihtiyaçlarının tam karşılanamaması, iş yoğunluğu altında oluşan eksik, yanlış veya mükerrer kayıtlar ve kısa sürelerde talep edilen yoğun veri akışının yarattığı baskı nedeniyle risk altındadır.

Son olarak **zamansal kısıtlılıklar**; teknik altyapı sorunları, sistemlerin yavaş çıktı üretmesi ve KVKK ile yetkilendirme süreçlerine bağlı uzun bekleme süreleri, veriye ihtiyaç duyulan anda erişimi zorlaştırmaktadır.

Konuşmanın sonunda, bu kısıtlılıkların aşılmasına yönelik sahadan gelen somut çözüm önerilerini sizlerle paylaşacağım.

Saygılarımla.

DAVETLİ KONUŞMA

İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNDE SAĞLIK VERİSİ KULLANIMI

Uzm. Dr. Merve Kırlangıç
İstanbul Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüğü

Halk sağlığı pratiği, tarihsel süreç içerisinde "tanımlayıcı" olmaktan "kanıt temelli müdahale" aşamasına geçmiştir. Bu geçişte en kritik araç, güvenilir ve işlenebilir sağlık verisidir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın yürüttüğü dijitalleşme çalışmaları kapsamında; Ulusal Sağlık Sistemi (USS), Halk Sağlığı Yönetim Sistemi (HSYS) ve Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) gibi entegre platformlar, sağlık yöneticilerine devasa bir veri havuzu sunmaktadır.

Nüfus yoğunluğunun ve demografik hareketliliğin yüksek olduğu İstanbul gibi metropollerde İlçe Sağlık Müdürlükleri (İSM); koruyucu sağlık hizmetlerinin planlanması, bulaşıcı olmayan hastalıkların kontrolü, bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve çevre sağlığı hizmetlerinin yürütülmesinde kilit rol oynamaktadır. Geleneksel yönetim anlayışında İSM'ler, sahadan toplanan verilerin üst makamlara iletilmesinde bir "ara yüz" işlevi görürken; günümüzde veriye dayalı karar alma süreçlerinin işletildiği merkezler haline gelmiştir.

İlçe düzeyinde sağlık yönetimi, çok paydaşlı ve heterojen veri kaynaklarının entegrasyonunu gerektirmektedir. AHBS, HSYS, laboratuvar bildirim sistemleri, hastane otomasyonları ve saha ekiplerinden gelen raporlar aracılığıyla düzenli olarak güncellenen bu veriler, dört ana kategoride toplanabilir:

Demografik Veriler: Nüfus büyüklüğü, yaş-cinsiyet dağılımı, doğurganlık ve göç hareketleri.

Morbidite ve Mortalite Verileri: Bulaşıcı hastalıklar, kronik hastalıklar, ölüm nedenleri ve sürveyans bildirimleri.

Sağlık Hizmeti Kullanım Verileri: Aşılama oranları, gebe-çocuk izlemleri, tarama programları, poliklinik başvuruları ve hastane yatışları.

Çevresel ve Sosyal Belirleyiciler: Su güvenliği, gıda denetimi, hava kalitesi ve sosyoekonomik göstergeler.

Bu sistemlerin varlığı veriye erişim sorununu büyük ölçüde çözmüş olsa da; verinin "bilgiye" ve nihayetinde "eyleme" dönüştürülmesi süreci, kurumsal kapasite ile doğru orantılıdır. Veri yönetim süreci; üretim, doğrulama, temizleme, entegrasyon ve analiz aşamalarını kapsar. Kaliteli veri; doğru, eksiksiz ve güncel olmalıdır. Yanlış ya da eksik kayıtlar; epidemiyolojik değerlendirmeleri, kaynak planlamasını ve program yönetimini olumsuz etkiler. Ayrıca veri güvenliği ve gizlilik, özellikle kişisel sağlık verilerinin işlendiği sistemlerde temel bir gerekliliktir.

Toplanan sağlık verileri ilçe düzeyinde temel olarak şu amaçlarla kullanılmaktadır:

Durum Analizi: Veriler aracılığıyla ilçenin sağlık profili çıkarılmakta; hastalık yükü, risk grupları ve öncelikli alanlar belirlenmektedir.

Erken Uyarı ve Salgın Yönetimi: Bulaşıcı hastalıklara ilişkin günlük bildirimler; kümelenme tespiti, temaslı takibi ve hızlı müdahale için temel araçtır.

Kaynak Planlaması: Personel dağılımı, aşı stok yönetimi, gezici hizmet planlaması ve bütçelendirme süreçleri doğrudan veri analizine dayanmaktadır.

Program Değerlendirme: Anne-çocuk sağlığı göstergeleri, kanser tarama oranları ve kronik hastalık izlemleri gibi alanlarda performans değerlendirmesi yapılmaktadır.

İlçe Sağlık Müdürlükleri veri temelli karar süreçlerinin en yoğun uygulandığı yerel yönetim birimleridir. Ancak sahada eksik bildirim, dijital altyapının sınırlı olması ve veri okuryazarlığı düzeyinin değişkenliği gibi sorunlar sık karşılaşılan engellerdir. Veri kullanım kültürünün güçlendirilebilmesi için düzenli eğitimler, karar destek sistemlerinin geliştirilmesi, veri görselleştirme araçlarının kullanımının yaygınlaştırılması ve otomatik entegrasyon mekanizmalarının güçlendirilmesi gerekmektedir.

Sonuç olarak; sağlık verisi, halk sağlığının tüm bileşenlerinin planlanması ve iyileştirilmesinde vazgeçilmez bir araçtır. Geleceğin sağlık yönetimi, sezgisel kararlara değil, büyük verinin (big data) işlenmesiyle elde edilen kanıtlara dayanacaktır. Bu bağlamda, "Ölçülemeyen yönetilemez" ilkesinden hareketle; kurum içi Veri Analiz Birimlerinin standart hale getirilmesi, yöneticilere ve saha çalışanlarına yönelik veri okuryazarlığı eğitimlerinin artırılması ve sayısal verilerin Coğrafi Bilgi Sistemleri (CBS) ile görselleştirilerek karar vericilere sunulması, halk sağlığı hizmetlerinin etkinliğini artıracaktır.

DAVETLİ KONUŞMA

HALK SAĞLIĞI DİRENÇLİ TOPLUMLARIN OLUŞTURULMASINDA SOSYAL BİLİMLERDEN NASIL YARARLANABİLİR?

Prof. Dr. Selma Karabey
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

İnsanlık pandemiler, doğal afetler, iklimle ilgili krizler ve toplumsal çalkantılardan oluşan çok çeşitli halk sağlığı sorunlarıyla karşı karşıya kalmaktadır. Bu tür şoklara dayanabilen ve bunlardan kurtulabilen dirençli toplumlar oluşturmak, küresel halk sağlığının temel hedeflerinden biri haline gelmiştir (1). Geleneksel olarak halk sağlığı tıbbi ve teknik çözümlere odaklanırken, COVID-19 pandemisi ve diğer son krizler, halk sağlığının yalnızca biyomedikal bir alan olmadığını, aynı zamanda sağlıklı ve dayanıklı toplumlar oluşturmakla da ilgili olduğunu göstermektedir. Toplumsal dinamikler kültürel bağlamlar, siyasi yapılar, ekonomik koşullar ve insan davranışlarının karmaşık etkileşimleriyle şekillenmektedir. Bu süreçleri iyi anlamak için halk sağlığının sosyoloji, antropoloji, siyaset bilimi, davranış bilimi, ekonomi, iletişim bilimi ve psikoloji dahil olmak üzere sosyal bilimlerin yaklaşımlarına, insanı ve toplumu anlamak amacıyla geliştirilmiş olan yöntemlerine ihtiyacı vardır. Halk sağlığı bir disiplin olarak kendisini sosyal bilimlere daha fazla açtığı takdirde daha etkili ve toplum merkezli halk sağlığı stratejileri geliştirmeyi başarabilir. Bunu başarmak, insanların acil durumlarda nasıl davrandıklarının, nasıl örgütlendiklerinin, nasıl iletişim kurduklarının ve nasıl güvendiklerinin anlaşılmasını gerektirir ki bu da sosyal bilimlerin alanıdır. Sosyal bilimlerden edinilen bilgilerle halk sağlığı daha insan merkezli ve bağlamı daha iyi anlayan bir yaklaşım geliştirebilir, böylece halk sağlığı girişimleri güven, kapsayıcılık ve güçlendirmeyi teşvik edebilir. Bu da mevcut ve gelecekte yaşanabilecek krizlere karşı toplumsal dayanıklılığı güçlendirebilir (2,3).

Halk sağlığı kuruluşları ve uluslararası kuruluşlar artık etkili bir acil durum müdahalesinin toplum merkezli ve kapsayıcı olması gerektiğini kabul ediyor. Örneğin Dünya Sağlık Örgütü, yerel bağlamlara ve kırılganlıklara göre uyarlanmış sağlık acil durum programları oluşturmak için toplum bilgisinin bilimsel kanıtlarla bütünleştirilmesi gerektiğini vurguluyor. Acil durumlara hazırlık ve müdahale çabaları ancak yerel seslere kulak verilerek ve toplumun öncelikleri dikkate alınarak şekillendirilirse dayanıklılığı artırmanın mümkün olduğu ifade ediliyor. Yani toplum dayanıklılığı yalnızca sağlık sistemine ve sunulan sağlık hizmetlerine değil, sosyal uyuma, kültürel normlara, yönetişime ve ekonomiye de dayanan, çok yönlü bir kapasite olarak kavramsallaştırılıyor (4).

"Toplum katılımı" halk sağlığının uzun zamandır aşina olduğu bir terim olup, dirençli toplumların oluşma sürecinde kritik önem taşıdığını söyleyebiliriz. Halk sağlığı sistemlerinin olağan dışı durum/afetlere hızlı ve etkin yanıt verebilmesi için toplumun karar alma süreçlerine, örgütlenmeye, hizmet sunumuna, lojistik desteğine, hak arama mücadelesine/savunuculuğa katılmasına ihtiyaç vardır. Ülkemizde halk sağlığının tarihsel süreçte toplum katılımını sağlama konusunda -sınırlı örnekler dışında- başarılı olduğunu söylemek zordur. Daha ziyade halk sağlığı karar vericileri hizmeti planlayan, örgütleyen, halk sağlığı çalışanları hizmeti sunan, toplum ise edilgen biçimde hizmet alan rolünü korumaktadır. Bu paradigmanın değişimi ve gerçek anlamda toplum katılımının gerçekleşebilmesi için halk sağlığı, sosyal bilimlerin bilgi birikimi ve araştırma yöntemlerinden çok güçlü biçimde yararlanabilir. Halk sağlığının toplum katılımını sağlamaya yönelik farklı sosyal bilim alanlarından sağlayabileceği kazanımlar aşağıda özetlenmiştir.



Resim. *Dirençli Toplum Oluşmasında Toplum Katılımı*

1. **İnsan Davranışlarını ve Tutumlarını Anlama:** Toplum katılımı toplumun tutum ve davranışlarıyla yakından ilgilidir. Genelde psikoloji, özelde de sosyal psikoloji bu davranışı anlamak için araçlar sunar. Örneğin; sağlık davranış modelleri (Sağlık İnanç Modeli, Planlanmış Davranış Modelleri vb) ile insanların belirli sağlık hizmetlerinden neden yeterince yararlanmadığını analiz edilir. Motivasyon, algı, risk iletişimi gibi faktörler değerlendirilir. Bu bulgulara göre biçimlendirilen halk sağlığı müdahaleleri böylece daha ikna edici hale gelir.
2. **Toplumsal Yapıyı, Normları ve Güç İlişkilerini Analiz Etme:** Sağlıkla ilgili tutumlar kültürel normlar, ekonomik koşullar, toplumsal ilişkilerden etkilenir. Halk sağlığı, sosyoloji ve antropolojinin bilgi birikiminden yararlanarak kültüre duyarlı programlar geliştirebilir. Yerel liderler, kanaat önderleri veya topluluk örgütleri gibi etki merkezlerini belirleyebilir. Toplumun karar alma süreçlerini, güven düzeyini ve katılım engellerini sosyolojik analizle tanımlayabilir.
3. **Nitel Araştırma Yöntemleri ile Toplumun Sesini Duymak:** Halk sağlığı disiplini nicel araştırma yöntemlerine ek olarak, nitel araştırma yöntemlerini de kullanmaktadır. Bu yöntemler özellikle ihtiyaç, beklenti, motivasyon ve engelleri anlamada güçlüdür. Belli başlı nitel araştırma yöntemleri arasında odak grup tartışmaları, derinlemesine görüşme, katılımcı gözlem ve etnografik araştırma yer almaktadır.
4. **Katılımcı Yaklaşımlar (Toplum Temelli Katılımcı Araştırma-TTKA):** TTKA, sosyal bilimlerin geliştirdiği en önemli çerçevelerden biridir. Bu yaklaşım araştırmacı ile araştırılan toplum grubu arasındaki hiyerarşiyi azaltır. Toplumu yalnızca "hedef grup" değil, aynı zamanda araştırma ortağı yapar. Karar alma, program planlama ve değerlendirme süreçlerine toplum aktif olarak katılır. Böylece daha sürdürülebilir ve sahiplenilen programlar oluşturulabilir.
5. **Etkili İletişim Stratejileri Geliştirme:** Toplum katılımını sağlamak için iyi iletişim gerekir. Halk sağlığı, çerçeveleme (framing) ve iletişim modellerinden yararlanarak mesajların hedef gruba uygun bir şekilde tasarlanmasını sağlayabilir. Sosyal medya ve geleneksel medya için stratejiler geliştirir. Kriz durumlarında (salgın, afet) doğru risk iletişimi sağlar.

6. **Toplumsal Eşitsizlikleri ve Kırılganlıkları Analiz Etme:** Halk sağlığı sosyal politika, ekonomi, sosyal adalet kuramlarından yararlanarak sağlığın sosyal belirleyicilerini analiz edebilir. Böylece katılımı düşüren ekonomik engelleri, eşitsizliğe neden olan temel nedenleri ve dezavantajlı grupların özel ihtiyaçlarını belirleyebilir ve müdahaleyi buna göre şekillendirebilir.

7. **Toplumsal Ağları ve Etkileşimi İnceleme:** Halk sağlığı sosyal ağ analizi yaparak toplumdaki bilgi akışını, liderliği, dayanışma noktalarını ve kırılgan bağlantıları tanımlayabilir. Bilginin en hızlı yayılacağı kanalları belirler. Ağı güçlendirerek dirençli toplum oluşumuna katkı sağlar.

8. **Politika Geliştirme ve Savunuculuk:** Toplum katılımı yalnız bireysel değil, yapısal bir süreçtir. Halk sağlığı siyasal bilimler ve kamu yönetimi disiplinlerinden yararlanarak yerel yönetimlerle, sivil toplum kuruluşlarıyla, topluluk temsilcileriyle katılımcı politika üretme süreçleri kurabilir. Politika analizi ve savunuculuk stratejileri kullanarak toplumun sesini karar vericilere taşır.

Sonuç olarak sosyal bilimler, halk sağlığının:

- toplumu anlamasına,
- güven ilişkisi kurmasına,
- katılımı artırmasına,
- sürdürülebilir programlar geliştirmesine,
- eşitsizlikleri azaltmasını mümkün kılarak dirençli toplum oluşturmasına katkı yapabilir.

Kaynaklar

1. *Community Commons. Community Resilience. https://www.communitycommons.org/entities/42b3fc73-ade3-45ea-bc11-b848cd4d5ad1#:~:text=Recent%20natural%20disasters%20%28e,resilience%20differs%20significantly%20between%20communities (Erişim tarihi: 30.11.2025)*

2. *Afif Z, Altieri A. How are governments integrating behavioral science in public health? 24 Mayıs 2024, https://blogs.worldbank.org/en/health/How-Are-Governments-Integrating-Behavioral-Science-in-PublicHealth#:~:text=In%20the%20wake%20of%20the,components%20of%20health%20became%20evident (Erişim tarihi: 28.11.2025)*

3. *van Kessel G, Milanese S, Dizon J, et al. Community resilience to health emergencies: a scoping review. BMJ Glob Health 2025;10:e016963. doi:10.1136/ bmjgh-2024-016963*

4. *World Health Organization. Strengthening community protection and resilience for health emergencies. https://www.who.int/activities/strengthening-community-readiness-for-health-emergencies#:~:text=centered%20emergency%20response,shape%20preparedness%20and%20response%20efforts (Erişim tarihi: 30.11.2025)*

DAVETLİ KONUŞMA

DİRENÇLİ TOPLUMLARIN İNŞASINDA SOSYOLOJİK YAKLAŞIMLAR

Prof. Dr. Temmuz Gönç Şavran
Anadolu Üniversitesi Sosyoloji Bölümü

Giriş

Tarih boyunca masallar genellikle "bir varmış, bir yokmuş" diye başlar; içlerinde korkutan ormanlar, devler ve insanı cezalandıran doğa güçleri yer alır. İnsanlık olarak, doğayı uzun süre hükmetmemiz gereken ya da bazen bizi cezalandıran bir "öteki" olarak resmettik. Depremler tanrıların gazabı, tsunamiler ise bir tanrının ana rahmindeki kıpırtısı olarak görüldü. Ancak 1755 Lizbon Depremi bu anlayışı temelden sarstı. Rousseau, felaketin ardından şu soruyu sordu: "Yıkılan evleri yapan doğa mıydı?" Bu sorgulama, afetlere bakışımızda bir dönüm noktası oldu (Levent, 2023). Bugün artık biliyoruz ki masallar geride kaldı. Önümüzde anlaşılması ve uyum sağlanması gereken bir doğa var. Afet dediğimiz olgu da tam olarak bu masalsı düşünceden sıyrılıp gerçeğe baktığımızda ortaya çıkıyor: Afet, doğanın değil, toplumun eseridir.

Afetler doğal mıdır, toplumsal mıdır? Tehlikeyle afetin farkı nedir?

Afetler, temelde toplumsal olgulardır. Fiziksel bir olay, örneğin bir deprem veya sel, bir tehlike iken; bunun afete dönüşmesi tamamen toplumsal koşullara bağlıdır. Afetlerin doğal olarak etiketlenmesi, aslında onların ardındaki yapısal eşitsizlikleri –yani yoksulluğu, plansız kentleşmeyi, kaynaklara adaletsiz erişimi– gizleyen bir söylemdir (Levent, 2023; Levent & Gönç Şavran, 2024). Tehlike ile afet aynı olguyu ifade etmez, tehlike fiziksel veya doğal bir olgudur. Afet ise, bu fiziksel olgu ile toplumsal kırılganlığın kesişimidir. Afet çalışmalarındaki temel bir argümana göre tehlike doğal olabilir, ancak afet sosyaldir (Levent & Gönç Şavran, 2024). Bir deprem, ıssız bir dağda yaşandığında yalnızca bir jeolojik tehlike iken; aynı deprem, kırılganlığı yüksek bir insan yerleşiminde can kaybına, yıkıma ve sosyal sistemin çöküşüne yol açtığında afete dönüşür. Bu nedenle eleştirel sosyoloji, afetleri toplumsal düzenin bir ürünü olarak görür. Çünkü aynı fiziksel tehlike, farklı toplumsal gruplarda farklı sonuçlar doğurur. Güvenli konutta oturmayan, ekonomik kaynakları sınırlı olan gruplar, tehlike karşısında daha kırılgan hale gelir ve afetin yıkıcı etkisi bu gruplarda yoğunlaşır.

Peki, eğer afet toplumsalsa, neden ısrarla 'doğal afet' diyoruz? Bu sadece bir dil sürçmesi değil, derin sonuçları olan bir siyasi tercihtir. Bir afeti 'doğal' diye etiketlemek, onu kontrol edilemez bir kader, bir ilahi ceza gibi göstermenin en kolay yoludur. Tarih bize bunun nasıl işlediğini gösteriyor: 1972'de Nikaragua'daki depremden sonra diktatör Somoza, uluslararası yardımları şehri yeniden inşa etmek değil, kendi iktidarını güçlendirmek için kullandı. 1988 Ermenistan depremi, Sovyet bürokrasisinin çürümüşlüğünü ve yolsuzluğunu su yüzüne çıkardı. 'Doğal afet' söylemi, işte tam da bu tür siyasi hesap veremezliği ve yapısal hataları örtbas etmek, 'doğal olmayan ölümleri doğallaştırmak' için kullanılır (Levent & Gönç Şavran, 2024). Birleşmiş Milletler bile bu yüzden artık 'doğal afet' terimini kullanmıyor. Çünkü bu etiket, sorunun kaynağını yanlış yerde aramamıza, çözümü değil, çaresizliği beslememize neden oluyor. Dolayısıyla, afet çalışmalarının odağı, fiziksel tehlikeleri önlemekten ziyade, toplumsal eşitsizlikleri azaltarak kırılganlıkları gidermek ve dayanıklılığı inşa etmek olmalıdır.

Buradan, konuşmamızın iki anahtar kavramına geliyoruz: kırılganlık ve dirençlilik.

Kırılganlık ve dirençlilik kavramları ne ifade eder?

Kırılganlık, bir bireyin, grubun veya toplumun, tehlike veya stres kaynaklarına maruz kalma ve bu stresle başa çıkma kapasitesinin yetersiz olma derecesidir. Bu tamamen sosyal bir olgudur; fiziksel bir tehlike değil, toplumsal eşitsizliklerin –yoksulluk, ayrımcılık, kaynaklara adaletsiz erişim– bir sonucudur. Örneğin, aynı depremde güvenli olmayan konutta yaşayan yoksul bir aile, zengin bir aileye kıyasla çok daha kırılgandır. Kırılganlık, toplum içinde eşitsiz dağılır ve en çok marjinal grupları –kadınlar, göçmenler, engelliler– vurur.

Dirençlilik ise kırılganlığın karşıtı olarak, bir sistemin, yani bireyin, toplulukların ya da toplumun şok veya stresle karşılaştığında temel işlevlerini sürdürme, uyum sağlama ve dönüşüm yoluyla gelişme kapasitesidir (Norris vd., 2008). Bu süreç, afet veya şok karşısında toplumun pasif bir şekilde afetten önceki döneme geri sıçraması değildir. Dirençli topluluklar, yaşanan deneyimlerden ders çıkararak, kurumlarını ve pratiklerini gözden geçirip geliştirerek dönüşürler. Dolayısıyla dirençlilik, statik bir sonuç değil, dinamik bir kapasite geliştirme ve uyum sağlama sürecidir (Magis, 2010). Yani normale dönüş değil, değişen koşullara adapte olmuş bir yeni normal yaratmaktır (Magis, 2010).

Peki, bu tanımladığımız kırılganlık pratikte kimleri, nasıl etkiliyor? Afetlerde neden bazı gruplar diğerlerinden çok daha fazla zarar görüyor?

Afetlerde neden daha kırılgan gruplar zarar görür?

Afetlerde yoksullar, kadınlar, göçmenler, engelliler, yaşlılar gibi daha kırılgan grupların daha fazla zarar görmesinin temel nedeni, yapısal sosyo-ekonomik eşitsizlikler ve kaynaklara erişimdeki adaletsizliktir. Güvenli konutta oturma, düzenli gelire sahip olma, sağlık hizmetlerine erişebilme ve iyi bir eğitim almış olma gibi kaynaklar, afet öncesinde bir koruyucu zırh işlevi görür. Kırılgan gruplar ise bu kaynaklardan yoksun oldukları için, tehlike karşısında daha savunmasız kalırlar; örneğin daha az güvenli binalarda yaşamak zorunda bırakılırlar veya acil durum birikimleri bulunmaz. Ayrıca, afet sonrası müdahale ve toparlanma süreçlerindeki kurumsal ve sosyal ayrımcılıklar da bu zararı derinleştirir. Yardımların dağıtımında ayrımcılık yapılabilmekte veya devlet desteğine erişmek için gerekli bağlantılara sahip olmayan gruplar desteklerden mahrum kalabilmektedir. Toplumsal cinsiyet rolleri, kadınların ev içi yüklerini artırarak ve hareket kabiliyetlerini kısıtlayarak onları daha kırılgan hale getirebilir. Dolayısıyla, afetin fiziksel etkisinin ötesinde, toplumun eşitsiz yapıları ve işleyişi, mevcut kırılganlıkları afet zararına dönüştürür. Bu da afetlerin doğal değil, toplumsal kökenli olduğunun en açık kanıtıdır.

Afet zamanında bu kırılgan gruplar da dahil toplumun tümünde güçlü bir dayanışma görülür. Bu dayanışmaya ve etkilerine kısaca bir değinelim.

Afetlerde dayanışma neden artar?

Afetlerde dayanışmanın artması, temelde toplumsal düzenin ani bir şokla kesintiye uğraması ve bireyleri ortak bir varoluşsal tehditle karşı karşıya bırakmasıyla ilişkilidir. Bu durum, normal zamanlarda etkili olan sınıf, siyasi görüş, etnik kimlik gibi ki sosyal farklılıkları geçici olarak silikleştirir ve insanları aynı kaderi paylaşan bir kolektif haline getirir. Sosyolog Emile Durkheim'ın toplumsal dayanışma tipleri bu süreci anlamamıza yardım eder. Durkheim, iki temel dayanışma biçiminden bahseder: Mekanik Dayanışma ve Organik Dayanışma. Bu kavramlar, afet bölgelerindeki sosyal dinamikleri analiz etmek için hala geçerlidir (Yeniçırak & Durmaz Yurt, 2023). Mekanik dayanışma, benzerlik üzerine kuruludur. İnsanlar aynı acı, kayıp, korku duygularını ve barınma, gıda gibi pratik ihtiyaçları paylaştıkları için birleşirler. Afet, güçlü bir kolektif bilinç yaratarak, dayanışmayı normatif bir zorunluluk haline getirir. Ayrıca, devlet gibi resmi kurumların ilk müdahalede yetersiz kalması, insanları gayriresmi sosyal ağlara –akraba, komşu, gönüllüler– yönlendirir ve bu da dayanışmayı pratik bir hayatta kalma mekanizmasına dönüştürür. Ancak, bu mekanik dayanışma genellikle geçicidir. Çünkü aidiyet duygusu, somut bir travmaya dayalıdır. Kalıcı bir toparlanma, sürdürülebilir bir direnç için, bu duygusal birlikteliğin, organik dayanışmaya evrilmesi gerekir. Organik dayanışma, farklılık ve karşılıklı bağımlılık üzerine kuruludur. Afet sonrası süreçte, STK'lar, yerel yönetimler, meslek odaları gibi farklı gruplar, kendi uzmanlıklarını ortaya koyarak ve birbirine ihtiyaç duyarak işbirliği yapmaya başlarlar. İşte bu, organik dayanışmadır. Dolayısıyla, afetlerdeki dayanışma artışı, hem mekanik dayanışmanın doğal bir tezahürü hem de daha kalıcı olan organik dayanışmaya geçiş için bir potansiyel ve fırsat taşır (Yeniçırak & Durmaz Yurt, 2023).

Ancak bu geçiş gerçekleşmezse bu geçici dayanışma, ya da 'acı kardeşliği', güçlü de olsa silikleşir. Afetler aynı zamanda güçlü bir 'dramatik alan' yaratır. Siyasi aktörler, medya, kurumlar bu sahneye çıkar; kahramanlar yaratılır, destansı anlatılar kurulur. Pandemide sağlıkçıları alkışlarken ya da depremde arama kurtarma

ekiplerini yüceltirken yaptığımız gibi. Fakat eğer bu sembolik destek, kalıcı önlemlere, adil kaynak dağılımına ve şeffaf yönetişime dönüşmezse, dayanışma çabucak aşınır. Alkışlar, koruyucu ekipmana; kahramanlık hikayeleri, güvenli binalara dönüşmediği sürece, o ilk andaki mekanik dayanışma, organik dayanışmaya evrilemez. Dayanışmayı kalıcı kılan, duygular değil, adil ve sürdürülebilir yapılar inşa etme iradesidir.

Dirençli toplumlar inşa etmek için ne gerekir?

Dirençli bir toplum inşası, temelde kırılganlıkları azaltarak ve toplumsal uyum kapasitelerini sistematik olarak güçlendirerek mümkündür. Norris ve arkadaşları (2008) bunun için dört temel alanda kapasite geliştirmeyi şart koşar:

Ekonomik Kalkınma ve Kaynak Eşitliği: Dayanıklılığın temeli, yeterli, çeşitli ve adil dağıtılan ekonomik kaynaklardır. Güvenli konut, düzenli istihdam, evrensel sağlık ve eğitim hizmetleri temel taştır. Kaynaklar, göreli avantaj kuralına değil, göreli ihtiyaç kuralına göre dağıtılmalıdır.

Güçlü ve Kapsayıcı Sosyal Sermaye: Direnç, güçlü sosyal ağlar olmadan inşa edilemez. Woolcock'un (2002) modeline dayanan araştırmalar, özellikle afet sonrası Türkiye bağlamında, üç sosyal sermaye türünün de kritik olduğunu göstermektedir (Durmaz Yurt & Yeniçırak, 2024): Bunlardan ilki afetin ilk anlarında hayati destek sağlayan yakın akraba veya komşu ağlarından oluşan bağlayıcı sosyal sermayedir. İkincisi farklı sosyal gruplar arasında köprü kuran sivil toplum ağları gibi köprü kurucu tipte sosyal sermayedir. Üçüncüsü ise toplulukların devlet kurumlarıyla sağlıklı diyalog kurabilme kapasitesini sağlayan bağlantı kurucu tipte sosyal sermayedir. Bu ağlar, güven, karşılıklılık ve işbirliği normları üzerine kurulmalı ve kapsayıcı olmalıdır.

Etkin Bilgi, İletişim ve Topluluk Yeterliliği: Dirençli toplumlar, şeffaf, hızlı ve güvenilir bilgi akışına sahiptir. Ayrıca, topluluk yeterliliği – yani sorunları kolektif tanımlama, çözüm üzerinde uzlaşma ve ortak eyleme geçme kapasitesi – en önemli bileşendir (Magis, 2010).

Adil ve Demokratik Yönetişim: Yukarıdaki tüm kapasitelerin gelişebileceği zemin, demokratik, şeffaf ve hesap verebilir bir yönetişim sistemidir. Demokratik katılım, kaynak dağılımını adilleştirir, Bağlantı Kuran Sosyal Sermaye'yi güçlendirir ve topluluk yeterliliğini besler. Otoriter veya kapalı sistemler, kırılganlıkları gizleyebilir ama direnç inşa edemez.

Bu dört kapasiteyi düşünürken, sadece sosyal sistemleri değil, onun içinde yer aldığı doğal sistemi de göz ardı edemeyiz. Peki, ekolojik direnç ile topluluk direnci arasında nasıl bir ilişki var?

Ekolojik dirençle topluluk direnci arasında nasıl bir ilişki var?

Ekolojik direnç ile topluluk direnci arasındaki ilişki, karşılıklı bağımlılık ve birbirini besleyen bir döngü şeklinde tanımlanabilir (Adger, 2000). Ekolojik direnç, bir ekosistemin dış etkenlere karşı temel işlevlerini sürdürebilme ve kendini yenileyebilme kapasitesidir. Topluluklar ise geçimlerini, kültürlerini bu dirençli ekosistemlerin sunduğu hizmetlere bağlı olarak kurarlar. Dolayısıyla, sağlıklı ve dirençli bir ekosistem, ona bağımlı topluluğun da fiziksel ve ekonomik temellerini güvence altına alır. Tersine, topluluk direnci de ekolojik direnci doğrudan etkiler. Toplulukların kaynak yönetimine dair kurdukları sosyal kurumlar, ekosistemin sürdürülebilir kullanımını belirler. Adger'ın (2000) da vurguladığı gibi, sosyal ve ekolojik direnç birbirinden ayrılamaz. Tarım alanlarının, zeytin ağaçlarının, nehir ve denizlerin korunması bunun için önemlidir, doğa bozulursa buradan geçimini sağlayan ve sosyal ağlarını da bu şekilde inşa eden topluluklar hem yalnızlaşır hem de yoksullaşır ve dirençlerini kaybederler. Dirençlilik düşünülürken ekosistemlerin ve onlara bağlı toplulukların bir bütün olarak ele alınması gerekir.

Bu bütünsel bakış, bizi en temel ve kişisel soruya getiriyor: Biz, aslında neye karşı dirençli olmalıyız?

Neden sadece afete değil, kendi içimizdeki adaletsizliğe ve eşitsizliğe karşı da dirençli olmalıyız? Toplumsal bir afet, aslında mevcut sosyal eşitsizlik ve adaletsizliklerin en şiddetli ve görünür hale geldiği andır.

Bu nedenle, dışarıdan gelen bir şoka karşı dirençli olabilmek, öncelikle toplumun içindeki bu yapısal çatlaklara ve sistematik kırılganlıklara karşı direnç geliştirmekten geçer.

Afetlerin doğal değil toplumsal olduğunu hatırlayalım, yıkımın boyutunu belirleyen, fiziksel tehlike değil, o tehlikeyle yüzleşen toplumun eşitsizliklerle örülü yapısıdır. Güvenli konuttan yoksun bırakılan, düzensiz işlerde çalıştırılan, sağlık ve eğitime sınırlı erişimi olan gruplar, her afette en ağır bedeli öder. Dolayısıyla, afete direnç, kaçınılmaz olarak bu adaletsiz düzene dirençle başlar. Kendi içimizdeki adaletsizliğe karşı direnç geliştirmek varoluşsal bir zorunluluktur. Çünkü bir toplumun kolektif dayanıklılığı, en zayıf halkasının gücüyle ölçülür. Magis'in (2010) da altını çizdiği gibi, toplumsal sürdürülebilirliğin bir göstergesi olan direnç, nüfusun genelinde yüksek ve eşitsizlik içermeyen bir iyi olma hali ile mümkündür. Üstelik, adaletsizliğe karşı içsel direnç geliştirmemek, sadece fiziksel afet anlarında değil, sosyal dokunun sürekli aşınmasına ve yavaş afetlerin yaşanmasına yol açar. Gelir uçurumunun derinleşmesi, eğitimde fırsat eşitsizliği, ayrımcılık ve dışlanma... Bunlar toplumun sosyal sermayesini –güveni, normları, işbirliği ağlarını– kemiren sürekli stres kaynaklarıdır. Bu tür ayrışmalar köprü kurucu ve bağlantı kurucu tipteki sosyal sermayeyi yok eder, toplumu birbirine yabancılaşmış, güvensiz parçalara böler (Durmaz Yurt & Yeniçırak, 2024). Böyle bir toplum, en ufak bir dış şokta kolayca dağılabilir.

Sonuç

Merkeziyetçilik, Adem-i Merkeziyetçilik ve Örgütlülük Üzerine

Tüm bu anlattıklarımız, afet direncinin nihayetinde bir yönetişim ve örgütlenme meselesi olduğunu gösteriyor. Katı bir merkeziyetçilik, yerelin dinamiklerini, bilgisini ve acil ihtiyaçlarını genellikle ıskalar. Tam tersine, güçlendirilmiş bir adem-i merkeziyetçilik, direncin lokomotifi olabilir. Yerel yönetimlere ve topluluklara kaynak, yetki ve sorumluluk devri, müdahaleyi hızlandırır, kaynak dağılımını yerel ihtiyaçlara göre şekillendirir ve topluluk yeterliliğini geliştirir. Asıl gereken, merkezin koordinasyon sağladığı, ancak karar ve uygulama gücünün yerelde olduğu, ağ tabanlı bir örgütlülük modelidir. İşte bu noktada, sivil toplumun, yani örgütlü toplumun rolü belirleyici olur. Örgütlü toplum, kırılganlıkları tespit eden, dayanışma ağlarını canlı tutan, hesap sorma mekanizması işleten ve demokratik katılımı somutlaştıran yapıdır. Gerçek direnç, betonarme binalardan önce, böyle demokratik, şeffaf, yerinden ve örgütlü bir toplumsal sözleşmeyle inşa edilir. Bu sözleşme ne kadar güçlüyse, toplum da hem dış şoklara hem de içten kemiren çürümeye karşı o kadar güçlü durur.

Kaynaklar

1. *Adger, W. N. (2000). Social and ecological resilience: are they related? Progress in Human Geography, 24(3), 347-364. https://doi.org/10.1191/030913200701540465*
2. *Durmaz Yurt, B. & Yeniçırak, H. (2024) How social capital operated in Turkey following the earthquakes of February 6, 2023, Turkish Studies, 25:4, 742-773, DOI:10.1080/14683849.2024.2363883*
3. *Levent, F. Afeti Sosyolojiyle Yeniden Tanımak. (2023). Sosyal Bilimler ve Sağlık Bülteni (6):17-25. https://sosabulten.com/index.php/sosa/article/view/77*
4. *Levent, F., & Gönç Şavran, T. (2024). Afetler Doğal Olmayabilir mi?: Afetlerin Doğallığı Üzerine Sosyolojik Bir Tartışma. İstanbul University Journal of Sociology, 44(2), 765-793. https://doi.org/10.26650/SJ.2024.44.2.0020*
5. *Magis, K. (2010) Community Resilience: An Indicator of Social Sustainability, Society and Natural Resources, 23:5, 401-416, DOI: 10.1080/08941920903305674*
6. *Norris, F. H., Stevens, S. P., Pfefferbaum, B., Wyche, K. F., & Pfefferbaum, R. L. (2008). Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. American journal of community psychology, 41(1-2), 127–150.*
7. *Woolcock, Michael. (2002) Social Capital in Theory and Practice: Where Do We Stand? Jonathan Isham, Thomas Kelly & Sunder Ramaswamy (Ed.) Social Capital and Economic Development, 18–40. Cheltenham, UK: Edward Elgar.*
8. *Yeniçıkar, H. & Durmaz Yurt, B. (2023). Durkheim Deprem Bölgesinde. Sosyal Bilimler ve Sağlık Bülteni, 6, 93-99. https://sosabulten.com/index.php/sosa/article/view/86*

DAVETLİ KONUŞMA

BELEDİYELERİN TOPLUM SAĞLIĞINDAKİ ROLÜ

Prof. Dr. Mustafa Akaydın
Eski Antalya Büyükşehir Belediye Başkanı

Özet

Toplum sağlığı, bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hâlinde olmalarını amaçlayan bütüncül bir kavramdır. Bu kapsamda sağlık yalnızca sağlık kurumları aracılığıyla sağlanmaz; yaşanılan çevre, toplumsal ilişkiler, sosyoekonomik koşullar ve yerel yönetim politikaları da toplum sağlığını belirleyen başlıca faktörler arasındadır. Bu metin, belediyelerin toplum sağlığındaki rollerini çevre sağlığı, kentsel planlama, sosyal destek hizmetleri, halk sağlığı eğitimi, afet yönetimi ve sürdürülebilirlik bağlamında incelemektedir. Ayrıca, Türkiye'deki belediye uygulamaları Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) "Sağlıklı Şehirler Programı" ilkeleriyle karşılaştırılarak değerlendirilmiştir.

1. Giriş

Sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlık hâlinin olmaması değil, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik durumudur (World Health Organization [WHO], 2022). Bu tanım, sağlık kavramını biyomedikal bir alanın ötesine taşıyarak çevresel, sosyal ve yönetsel faktörlerle ilişkilendirmiştir. Bu çerçevede yerel yönetimler, bireylerin yaşam alanlarını düzenleyen ve sağlıklı bir çevre oluşturmakla yükümlü birimler olarak toplum sağlığının korunmasında stratejik bir konuma sahiptir.

Türkiye'de belediyelerin görev ve yetkileri 5393 sayılı Belediye Kanunu ile düzenlenmiştir. Kanunun 14. maddesinde belediyelerin; sağlık, çevre koruma, temizlik, imar, sosyal hizmet ve yardım konularında görevli olduğu açıkça belirtilmiştir. Bu durum, belediyelerin toplum sağlığına katkı sağlama sorumluluğunu yasal bir çerçeveye oturtmaktadır.

Bu çalışma, belediyelerin toplum sağlığı üzerindeki etkisini çok boyutlu bir yaklaşımla inceleyerek, yerel düzeydeki sağlık politikalarının önemini vurgulamayı amaçlamaktadır.

2. Kavramsal Çerçeve: Toplum Sağlığı ve Yerel Yönetim İlişkisi

Toplum sağlığı, sağlık hizmetlerinin yalnızca tedaviye odaklanmaması gerektiğini, asıl hedefin koruyucu ve geliştirici sağlık olduğunu savunan bir anlayıştır. Bu perspektifte yerel yönetimlerin katkısı, hem fiziksel çevreyi düzenleme hem de bireylerin sosyal refahını artırma boyutunda ortaya çıkar (Güler & Akın, 2015).

Yerel yönetimlerin toplum sağlığı üzerindeki etkisi üç düzeyde incelenebilir:

- Doğrudan etkiler: Atık toplama, su temini, çevre denetimi gibi altyapı hizmetleriyle hastalıkların önlenmesi.
- Dolaylı etkiler: Sosyal yardım, kültür, spor ve yeşil alan faaliyetleriyle sağlıklı yaşam davranışlarının desteklenmesi.
- Yönetsel etkiler: Kent politikalarında sağlık odaklı planlama yaklaşımının benimsenmesi (Health in All Policies yaklaşımı).

3. Belediyelerin Toplum Sağlığına Katkı Alanları

3.1. Çevre Sağlığı ve Altyapı Hizmetleri

Çevre sağlığı, belediyelerin halk sağlığına katkısında temel önceliktir. Temiz içme suyu temini, kanalizasyon sistemlerinin etkinliği, çöp toplama, atıkların geri dönüşümü ve vektör kontrolü gibi uygulamalar, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi açısından kritik önem taşır.

Örneğin, DSÖ verilerine göre, düzenli atık yönetimi ve temiz su hizmetleri sağlanan kentlerde bulaşıcı hastalık oranı %25–35 oranında azalmaktadır (WHO, 2022). Türkiye'de birçok belediye, son yıllarda atık su arıtma tesisleri kurarak su kaynaklı hastalıkların kontrol altına alınmasına katkı sağlamıştır. Ayrıca gıda üretim yerlerinin denetimi, halk sağlığının korunmasında belediye zabıtalarının yürüttüğü önemli bir görevdir.

3.2. Kentsel Planlama ve Sağlıklı Yaşam Alanları

Kentleşme süreci, toplum sağlığı üzerinde hem olumlu hem olumsuz etkiler yaratabilir. Hızlı ve plansız kentleşme, hava kirliliği, trafik yoğunluğu, gürültü, yetersiz yeşil alan gibi sorunları beraberinde getirirken; iyi planlanmış kentler fiziksel aktiviteyi teşvik eder ve yaşam kalitesini yükseltir (Keleş, 2018).

Belediyeler, sağlıklı kentler oluşturmak için şu alanlarda faaliyet göstermektedir:

- Yeşil alan ve parkların artırılması,
- Bisiklet yolları ve yaya öncelikli ulaşım planları,
- Hava kirliliğini azaltıcı toplu taşıma politikaları,
- Gürültü denetimleri ve kentsel estetik düzenlemeler.

Bu uygulamalar, yalnızca fiziksel sağlık açısından değil, aynı zamanda ruhsal sağlık ve toplumsal etkileşim bakımından da önem taşır. Nitekim yeşil alanların artışı, depresyon ve anksiyete oranlarını azaltmaktadır (WHO, 2022).

3.3. Sosyal Hizmetler ve Sağlıkta Eşitlik

Sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikler, toplum sağlığını tehdit eden önemli bir sorundur. Belediyeler, bu eşitsizlikleri azaltmak için sosyal yardım, gıda desteği, evde bakım, yaşlı ve engelli bireylere yönelik hizmetler yürütmektedir.

T.C. Sağlık Bakanlığı'nın (2021) verilerine göre, yerel yönetimlerin yürüttüğü sosyal destek programları özellikle düşük gelirli grupların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmıştır.

Kadın danışma merkezleri, çocuk gelişim merkezleri ve yaşlı destek projeleri, belediyelerin toplumun kırılgan kesimlerine yönelik önemli sağlık destek mekanizmalarıdır.

3.4. Halk Sağlığı Eğitimi ve Bilinçlendirme

Sağlık okuryazarlığı, halkın kendi sağlığını koruma ve geliştirme kapasitesini belirleyen temel unsurlardan biridir. Belediyeler; hijyen, sağlıklı beslenme, üreme sağlığı, kronik hastalıkların önlenmesi ve fiziksel aktivite konularında eğitimler düzenlemektedir.

Büyükşehir belediyelerinin yürüttüğü "Sağlıklı Yaşam Merkezleri" projeleri, ücretsiz spor kursları, diyet danışmanlığı ve psikolojik destek hizmetleri sunarak koruyucu sağlık hizmetlerine katkı sağlar. Bu tür uygulamalar, toplumda bireysel sağlık sorumluluğu bilincini artırmaktadır.

3.5. Afet ve Acil Durum Yönetimi

Afetler sonrası toplum sağlığının korunması, belediyelerin en kritik görevlerinden biridir. Türkiye gibi deprem riski yüksek ülkelerde, afet öncesi hazırlık ve afet sonrası iyileştirme faaliyetleri halk sağlığını doğrudan etkiler.

Belediyeler; barınma, temiz su temini, atık yönetimi, gıda güvenliği ve hijyen hizmetlerini organize eder. 2023 Kahramanmaraş depremleri sonrası belediyelerin kurduğu mobil mutfaklar, geçici barınma alanları ve su dağıtım hizmetleri bu anlamda önemli örneklerdir.

4. Sürdürülebilirlik, İklim Değişikliği ve Sağlıklı Kent Yaklaşımı

Sürdürülebilirlik, toplum sağlığının uzun vadeli korunması açısından hayati bir kavramdır. Hava kirliliği, iklim değişikliği ve çevresel bozulmalar, halk sağlığını tehdit eden başlıca unsurlardır.

Belediyeler, yenilenebilir enerji kullanımı, karbon ayak izini azaltma, bisikletli ulaşımı teşvik etme ve yeşil bina uygulamalarıyla bu tehdidi azaltabilir.

DSÖ'nün "Healthy Cities Programme" (Sağlıklı Şehirler Programı), kentlerin sağlık, çevre ve sürdürülebilirlik politikalarını entegre etmesini hedefler (WHO, 2022). Türkiye'de de Sağlıklı Kentler Birliği, 2005 yılından itibaren belediyeler arasında bu yaklaşımı yaygınlaştırmaktadır (T.C. SB, 2021).

Bu birlik çatısı altında yer alan belediyeler, sürdürülebilir ulaşım, atık yönetimi, gıda güvenliği ve halk katılımı alanlarında projeler yürütmekte; böylece yerel yönetim düzeyinde sağlık politikalarını güçlendirmektedir.

5. Tartışma

Belediyelerin toplum sağlığına katkısı, yalnızca hizmet sunumuyla sınırlı değildir. Aynı zamanda politik, ekonomik ve sosyal düzeyde karar verme süreçlerini sağlık perspektifiyle ele alma becerisine bağlıdır. "Health in All Policies" (Tüm Politikalarda Sağlık) yaklaşımı, belediyelerin her politik kararında (ulaşım, çevre, eğitim, imar vb.) halk sağlığı etkilerini göz önünde bulundurmasını önerir.

Bu çerçevede Türkiye'deki belediyeler için öncelikli öneriler şunlardır:

- Belediye plan ve programlarında "sağlık etki değerlendirmesi" uygulamalarının zorunlu hâle getirilmesi,
- Yerel düzeyde halk sağlığı izleme ve veri paylaşım sistemlerinin geliştirilmesi,
- Sivil toplum kuruluşları ve üniversitelerle iş birliği içinde sağlık projeleri yürütülmesi,
- Halkın karar alma süreçlerine katılımını sağlayacak mekanizmaların güçlendirilmesi.

6. Sonuç

Belediyeler, toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesinde temel aktörlerdir. Altyapıdan çevre sağlığına, sosyal destekten sürdürülebilirliğe kadar uzanan geniş bir alanda etkili politikalar geliştirerek bireylerin yaşam kalitesini yükseltirler.

Sağlık odaklı yerel yönetim anlayışı, sadece bugünün sorunlarını çözmekle kalmaz, geleceğin sağlıklı kentlerinin inşasına da katkı sağlar. Dolayısıyla belediyelerin planlama süreçlerinde sağlık perspektifinin yerleşmesi, ulusal halk sağlığı politikalarının başarısı için vazgeçilmezdir.

Kaynaklar

1. *Güler, Ç., & Akın, L. (2015). Halk sağlığı temel bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayınları.*
2. *Keleş, R. (2018). Yerinden yönetim ve siyaset. Cem Yayınevi.*
3. *Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı [T.C. SB]. (2021). Sağlıklı kentler birliği raporu. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.*
4. *World Health Organization [WHO]. (2022). Health and sustainable development: Healthy cities programme. https://www.who.int*

DAVETLİ KONUŞMA

YEREL YÖNETİMLERİN HALK SAĞLIĞINA KATKILARI: ANKARA ÖRNEĞİ

Mustafa Can
Ankara Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı

Sayın Başkan, değerli akademisyenler, kamu kurumlarımızın temsilcileri, sivil toplum kuruluşlarının kıymetli üyeleri ve halk sağlığı alanında emek veren tüm katılımcılar; hepinizi Ankara Büyükşehir Belediyesi adına saygıyla selamlıyorum.

Kongre Başkanımız Prof. Dr. Bülent Kılıç'ın da davet metninde vurguladığı gibi, iklim krizi, salgınlar ve depremler gibi acil halk sağlığı olayları karşısında toplumların ve sağlık sistemlerinin dayanıklılığı artık yaşamsal bir önem taşımaktadır. COVID-19 pandemisiyle hep birlikte öğrendiğimiz en önemli ders, bir ülkenin sağlık sisteminin krizlere yalnızca tepki vermekle yetinemeyeceği; aksine her düzeyde hazırlıklı, esnek ve sürdürülebilir olması gerektiğidir. İklim değişikliği şehirlerimizi susuz bırakırken, depremlerde acil müdahale sistemlerimiz zorlandı; pandemi sürecinde ise maske gibi en temel koruyucu ekipmanlara olan erişimde ciddi sıkıntılar yaşadık. Tüm bu süreçler bize, halk sağlığı alanında yerel yönetimlerin ne kadar kritik bir rol üstlendiğini açıkça gösterdi. Dirençli sistemlerin ancak sağlıklı toplumlarla mümkün olduğu gerçeğini hepimiz sahada ve günlük yaşamda doğrudan tecrübe ettik.

Bu noktada yerel yönetimlerin halk sağlığındaki konumu daha da belirginleşiyor. Halk sağlığı; kamu kurumlarının, üniversitelerin, sivil toplumun ve özel sektörün çok paydaşlı yapısına dayanırken, yerel yönetimler toplumla en yakın temas noktası olarak bu yapının en dinamik bileşenini oluşturuyor. Ankara Büyükşehir Belediyesi olarak halk sağlığı yaklaşımımızı koruyucu, kapsayıcı ve bilimsel verilere dayalı bir anlayış üzerine inşa ediyor; her vatandaşımıza eşit ve sürdürülebilir hizmet sunmayı hedefliyoruz.

Bu kapsamda koruyucu sağlık hizmetlerine özel olarak önem veriyoruz. 2021 yılında Başkent Üniversitesi iş birliğiyle başlattığımız SMA taşıyıcılık testi projesi, ülkemizde yerel yönetimler tarafından yürütülen ilk kapsamlı tarama programı oldu ve yalnızca sekiz ay gibi kısa bir sürede ulusal tarama programına dâhil edilerek Türkiye çapında uygulanmaya başlandı. Gazi Üniversitesi işbirliğiyle başlattığımız HPV Aşı Programımızda ise 5000 doz aşı uygulayarak önemli bir halk sağlığı kazanımı elde ettik; bu öncü uygulamanın ardından birçok büyükşehir belediyesinin benzer programlara başlaması bizim için ayrıca gurur vericidir. LGS ve YKS'ye hazırlanan Tip 1 diyabetli öğrenciler için başlattığımız Diyabet Sensörü Destek Programı da kısa sürede ulusal politikalara etki etmiş; Sağlık Bakanlığı sensörleri 18 yaş altı çocuklar için geri ödeme kapsamına almıştır.

Afet ve acil durum yönetimi çalışmalarımız, halk sağlığının ayrılmaz bir parçasıdır. Pandemi döneminde yalnızca koruyucu ekipman temini değil, aynı zamanda toplumsal dayanışmayı güçlendiren uygulamalara da öncülük ettik. Bu süreçte işsiz kalan terzi ve tekstil çalışanlarına destek olmak amacıyla maske üretimini belediyemizin koordinasyonunda bu gruplarla birlikte gerçekleştirdik. Böylece hem toplumun maske ihtiyacını ücretsiz bir şekilde karşıladık hem de gelir kaybı yaşayan vatandaşlarımıza istihdam olanağı sağlayarak sosyal dayanıklılığı artırdık. Bunun yanı sıra işitme engelliler için şeffaf maske üretimi yaparak bu dönemde iletişim zorluğu yaşayan bireylerin ihtiyaçlarına yönelik özel çözümler geliştirdik.

6 Şubat depremlerinin ardından barınma ve sıcak yemek hizmetlerinden, mobil duş ve hijyen ünitelerine, temiz içme suyu temininden tıbbi malzeme desteğine kadar çok yönlü çalışmalar yürüttük. Bölgeye ulaştırdığımız mobil yaşam alanları ve hijyen üniteleri ile temel ihtiyaçların karşılanmasını sağladık. Aynı zamanda, psikolojik destek ekiplerimiz hem sahada hem de Ankara'da misafir ettiğimiz depremzedelere düzenli danışmanlık sundu. ASKİ ekiplerimiz de deprem bölgelerinde içme suyu, altyapı ve temizlik çalışmalarına aktif şekilde katkı verdi.

Günümüzde Afet ve acil durumlarla ilgili faaliyetlerimizi daha sistemli bir yapıya kavuşturmuş durumdayız. Ankara Büyükşehir Belediyesi Afet Müdahale Planı ile birimlerimizin görevlerini netleştirdik; Afet Eğitim ve

Lojistik Merkezimizde personel ve gönüllülere yönelik düzenli eğitimler veriyoruz. Gezici Afet Koordinasyon Merkezimiz ve UNDP–AB destekli Mobil AKOM ise olay yerine hızla intikal ederek, sahada komuta ve iletişim merkezi işlevi gören yapılar olarak afetlere müdahale kapasitemizi güçlendiriyor.

Halk sağlığının kapsayıcı hizmetler boyutunda ise geniş bir hizmet yelpazesi ile Ankara halkına destek olmaya devam ediyoruz. Hasta nakil hizmetlerimizle 2019 yılına kıyasla üç kattan fazla artış sağlayarak, bugün 19 ambulans ve 4 diyaliz nakil aracıyla 191 binden fazla vatandaşımıza ulaştık. Türkiye Alzheimer Derneği iş birliğiyle yürüttüğümüz Korkusuz Adımlar Projesi kapsamında Alzheimer ve demans hastalarına konum takip cihazı desteği sağlayarak kaybolma riskini azaltıyor, hasta ve yakınlarının daha güvenli ve bağımsız bir yaşam sürmesine katkı sağlıyoruz. Mevsimlik tarım işçilerine yönelik hijyen materyali, ruh sağlığı desteği, mobil banyo alanları ve çocuklar için etkinlik noktaları gibi uygulamalarla kırılgan gruplara kapsayıcı bir yaklaşım sunuyoruz.

Bağımlılıkla mücadelede ise önleme, farkındalık, danışmanlık ve tedaviye yönlendirme aşamalarını içeren bütüncül bir model kurduk. Beş ilçede açtığımız Bağımlılık Danışma Merkezlerinde uzman ekipler görev yapmakta; paneller, atölyeler, eğitimler ve bireysel danışmanlıklarla binlerce vatandaşa ulaşmaktayız. Lokman Hekim Üniversitesi ile birlikte yürüttüğümüz Özgür Köy projesi ise Ankara'nın ilk ve tek ÇAMATEM'i olarak hem tedavi hem rehabilitasyon süreçlerinde ücretsiz hizmet vermektedir.

Ayrıca iş sağlığı ve güvenliği alanında binlerce personele eğitimler veriyor, şehrin stratejik noktalarına kurulacak ilk yardım istasyonlarıyla acil müdahale süresini azaltmayı hedefliyoruz. Tüm bu çalışmalar, yerel yönetimlerin halk sağlığındaki rolünün tamamlayıcı değil, doğrudan belirleyici bir role dönüştüğünü açıkça ortaya koymaktadır.

Ankara Büyükşehir Belediyesi olarak önceliğimiz; sağlığı koruyan, riskleri azaltan, kırılgan grupları güçlendiren ve toplumun her bireyine eşit hizmet sunan bir kent modeli oluşturmaktır. Bu çalışmaların gerçekleşmesinde emeği olan tüm akademisyenlere, kurumlar arası iş birliği içinde olduğumuz paydaşlara ve sahada özveriyle görev yapan çalışma arkadaşlarımıza teşekkür ediyor; bu kongrenin halk sağlığı alanına yeni katkılar sunmasını diliyorum.

Ulu Önder Mustafa Kemal Atatürk'ün bir asır önce bizlere işaret ettiği gibi: "Felaket başa gelmeden evvel, onu önleyecek ve ona karşı savunulacak önlemleri düşünmek gerekir. Geldikten sonra dövünmenin yararı yoktur." İşte biz de bu bilinçle, hazırlıklı, dirençli ve sağlıklı bir Ankara için çalışmaya devam edeceğiz.

Hepinizi saygıyla selamlıyorum.

DAVETLİ KONUŞMA

KALICI SAĞLIK POLİTİKALARI YERİNİ GÜNLÜK ÇÖZÜMLERE Mİ BIRAKIYOR?

Doç. Dr. Asya Banu Babaoğlu
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş

Halk sağlığı, süreklilik gerektiren, çok sektörlü ve yapısal müdahalelerle etkili olabilen bir disiplindir. Hastalıkların önlenmesi, sağlığın geliştirilmesi ve toplumun yaşam koşullarının iyileştirilmesi, kısa süreli müdahalelerle değil, toplumsal düzeyde istikrarlı politikalarla mümkündür (Adams et al., 2016). Ancak Türkiye'de ve dünyadaki eğilim, kanıta dayalı halk sağlığı yaklaşımları ile politika/uygulama arasında kopukluk olduğunu düşündürmektedir. Bu durum sağlıkta eşitsizlikleri derinleştirebilmektedir.

Günlük çözümler sıklıkla "kampanya" veya "proje" şeklinde karşımıza çıkar, belirli bir sorunu hedefler ve görünürlüğü -*dolayısıyla haber değeri*- yüksek faaliyetleri içerir. Medya, dramatik ve duygusal içeriklere odaklandığı için bu tür kısa vadeli girişimler sıkça ön plana çıkar. Oysa asıl hastalık yükünün büyük bölümünü oluşturan kronik hastalıklar veya eşitsizlikler çok daha az görünür olur (Dinerstein, 2025). Bu nedenle, *"görünür olanın öncelikli, önemli olanın geri planda kalması"* halk sağlığı politikalarında ciddi bir çelişki yaratmaktadır.

Bu noktada halk sağlığı uzmanlarının yalnızca klinik ya da epidemiyolojik bilgiye değil, aynı zamanda politikacıları ve karar vericileri ikna edebilecek güçlü iletişim becerilerine ihtiyaç duyduğu açıktır. Karar vericilerin çoğu zaman çok sınırlı bilgiyle çok hızlı karar almak zorunda olduğu düşünülürse, kanıta dayalı mesajların sade, anlaşılır ve uygulanabilir bir dille aktarılması kritik önemdedir. Halk sağlığı uzmanlarının teknik olmayan kitlelere yönelik etkili iletişim yapma kapasitesi, kalıcı politikaların hayata geçmesi için belirleyici olabilmektedir.

Sağlığın sosyal belirleyicileri literatüründe geniş yer bulan temalardan biri, eşitsizliklerin rastlantısal değil, yaşam koşullarının düzenlenmesiyle doğrudan ilişkili olduğudur. Michael Marmot'un "The Health Gap" adlı kitabında ortaya koyduğu sağlık uçurumu kavramı, sadece en dezavantajlı grupların değil, toplumun tüm kesimlerinin sağlık sonuçlarının sosyal konumla birlikte sistematik olarak değiştiğini göstermektedir (Marmot, 2015). Eğitim düzeyi, gelir, istihdam koşulları, güvenli çevre, barınma, ulaşım, sosyal destek ağları, toplumsal cinsiyet ve erken çocukluk deneyimleri gibi alanlardaki eşitsizlikler, sağlık göstergelerine doğrudan yansımaktadır.

Bu perspektiften bakıldığında, günlük çözümler olarak tanımlanan kısa süreli kampanyalar, birey merkezli davranış değişikliği girişimleri ya da proje temelli faaliyetler yapısal sorunlara temas etmediğinden kalıcı etkiler yaratmamaktadır. İnsanlara daha fazla hareket etmeleri ya da daha sağlıklı beslenmeleri gerektiğini söylemek, eğer yaşadıkları çevrede güvenli yürüyüş alanları veya erişilebilir sağlıklı gıdalar yoksa, etkili bir strateji değildir. Bu nedenle birey odaklı müdahaleler, kök nedenleri (yani "nedenlerin nedenlerini") görmezden gelen bir yaklaşıma dönüşebilir (Adams et al., 2016; Stronks et al., 2025).

Kısa Vadeli Çözümler ile Kalıcı Politikalar Arasındaki Fark

Kısa vadeli çözümler genellikle hızlı sonuç üretme ve görünür başarı sağlama amacı taşır. Bununla birlikte bu tür uygulamaların üç önemli sınırlılığı bulunmaktadır:

1. Yapısal nedenlere dokunmazlar.
2. Süreklilik göstermezler.
3. Eşitsizlikleri azaltmak yerine görünmez kılabilirler.

Buna karşılık kalıcı sağlık politikaları, sağlıklı şehirler, gıda güvenliği, erken çocukluk programları, toplumsal cinsiyet eşitliği politikaları ve güçlü birinci basamak hizmetleri gibi alanlara odaklanır.

Türkiye'de Saha Programlarının Deneyimi

Türkiye'de halk sağlığı alanında çok geniş kapsamlı ulusal programlar yürütülmektedir. Ancak uygulamada:

- Kaynakların iller arasında değişkenliği
- Uygulayıcı personelin iş yükü
- Görev değişikliklerinin sık olması
- Proje temelli desteklerin süreksizliği
- Sektörler arası iş birliğinin sınırlılığı
- Kampanya kültürünün baskınlığı

gibi sorunlar, kalıcı politikaların etkisini azaltabilmektedir.

Saha uygulayıcıları çoğu zaman karar vericilerin talepleri doğrultusunda hızlı sonuç verecek faaliyetlere yönelmek zorunda kalmakta, bu durum mevcut kalıcı politikaların nitelikli bir biçimde uygulanmasını geri planda bırakabilmektedir.

Örnek olarak, 2025–2028 Türkiye Obezite ile Mücadele ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı incelendiğinde, kısa vadeli kampanyalar ile uzun vadeli yapısal politika adımlarının aynı belge içinde yer aldığı görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2025). Plan kapsamında sağlıklı beslenmeyi teşvik eden çok kanallı medya kampanyaları, dijital uyarı mesajları ve "her yıl en az bir kampanya" yürütülmesi gibi görünürlüğü yüksek faaliyetler ayrıntılı olarak tanımlanmıştır. Buna karşılık yüksek yağ–tuz–şeker içeren ürünlere yönelik reklam kısıtlamaları gibi düzenlemeler ile fiziksel aktiviteyi destekleyici altyapının güçlendirilmesine ilişkin çok sektörlü ve daha kalıcı politika adımları da planın içinde yer almaktadır. Ancak rehberin genel yapısı değerlendirildiğinde, proje ve kampanya temelli faaliyetlerin daha görünür ve ölçülebilir hedefler olarak öne çıktığı, buna karşın yapısal politika müdahalelerinin uygulanması, izlenmesi ve değerlendirilmesine ilişkin mekanizmaların daha sınırlı bir çerçevede ele alındığı görülmektedir. Bu durum, Türkiye'de obezite ve fiziksel aktivite alanında kampanya kültürünün hâlen güçlü olduğunu, kalıcı etkisi yüksek çevresel ve düzenleyici politikaların ise daha fazla sektörler arası iş birliği, kaynak ve siyasi kararlılık gerektirdiği için uygulamada görece geri planda kalabildiğini göstermektedir. Bu tür ulusal kampanyalar, kısa vadede farkındalık yaratmakta etkili olsa da eş zamanlı yapısal politika adımları ile ele alınmalıdır.

Finlandiya'nın geliştirdiği "En İyi Uygulama Portalı (FBPP)", kanıta dayalı uygulamaların dijital olarak değerlendirildiği, karşılaştırıldığı ve politika yapıcılar ile halk sağlığı profesyonellerine stratejik karar alma süreçlerinde rehberlik eden güçlü bir araç olarak önerilmektedir (Kylänen, 2025). Türkiye'de de benzer bir kanıta dayalı uygulama ve değerlendirme sisteminin geliştirilmesi, sınırlı kaynakların en etkili müdahalelere yönlendirilmesini ve halk sağlığı sonuçlarının güçlendirilmesini sağlayabilir.

Akademi–Saha–Politika Üçgeninde Halk Sağlığı Uzmanları

Halk sağlığı uzmanları, bilginin üretimi, uygulanması ve politika süreçlerine aktarılması arasında benzersiz bir köprü rolü üstlenir. Bu rol yalnızca teknik yeterlilik değil, politika savunuculuğu, ikna becerisi, stratejik iletişim ve sabır gerektirir.

Stronks ve arkadaşlarının karmaşık sistemler yaklaşımı, obezite ve sağlık eşitsizlikleri gibi halk sağlığı sorunlarının yalnızca tekil kampanyalar veya sabit müdahale programlarıyla çözülemeyeceğini göstermektedir. Bu tür sorunlar, bireysel davranışların ötesinde, çok katmanlı yapısal mekanizmalardan ve sürekli değişen

sistem dinamiklerinden kaynaklanır. Bu nedenle kalıcı etki yaratmak, izole edilmiş müdahaleler yerine, birbirine bağlı ve sistemi tümüyle dönüştürmeyi hedefleyen **bütüncül politika dizilerini** gerektirir (Stronks et al., 2025).

Bu yaklaşım, geleneksel kampanyaların çoğu zaman yalnızca mevcut bir sorunun görünen yüzüne müdahale ettiğini, oysa sistem yaklaşımının sorunun ortaya çıkmasına neden olan yapısal unsurları yeniden şekillendirmeyi amaçladığını vurgular. Bir benzetmeyle ifade etmek gerekirse, kısa vadeli kampanyalar yanan bir binadaki tek bir alevi söndürmeye çalışmaya benzerken, sistem yaklaşımı binanın yanmasına yol açan elektrik tesisatını baştan aşağı yenilemeyi ve gelecekte yangın çıkmasını önleyecek adaptif güvenlik mekanizmalarını kurmayı içerir.

Politika süreçlerinde kaçınılmaz olarak **direnç, gecikme veya geri çekilme dönemleri** yaşanabilir. Bu nedenle halk sağlığı uzmanlarının:

- Eleştirel ancak yapıcı bir yaklaşım benimsemesi,
- Direnç gördüğünde iletişimi koparmaması,
- Kanıtları sadeleştirerek karar vericilerin anlayabileceği biçimde sunması,
- Sektörler arası iş birliğini ısrarla sürdürmesi
- kalıcı politika üretimi açısından hayati önem taşır.

Kalıcı Politikalar İçin Eşitlikçi ve Çok Sektörlü Yaklaşım

Dünya Sağlık Örgütü'nün 'Health in All Policies – Tüm Politikalarda Sağlık' yaklaşımı, sağlığın yalnızca sağlık sektörünün değil, ulaşım, konut, kentsel planlama, çevre, eğitim, tarım, finans ve ekonomi gibi tüm sektörlerin politika tercihleriyle belirlendiğini vurgular. Devletin her sektöründeki politikalar, sağlığı ve sağlıktaki eşitsizlikleri potansiyel olarak etkileyebilir (WHO, 2025).

Günlük çözümler toplumda görünürlük yaratabilir ancak sürdürülebilir değildir. Ulusal programların önemli bir bölümünde görüldüğü gibi, projeye dayalı faaliyetler tamamlandığında kazanımların bir kısmı kaybolabilmektedir. Kalıcı sağlık politikaları ise bütüncül, kurumsallaşmış, sürekliliği olan ve eşitlikçi stratejilerdir (Adams et al., 2016).

Bu noktada halk sağlığı uzmanlarının akademi, saha ve -çok sektörlü- politika arasında köprü kurma görevi hayati önem taşımaktadır. Akademinin ürettiği bilgi sahada uygulanabilir olmalı, sahadan gelen veriler ve deneyimler politika süreçlerine sistematik şekilde aktarılmalıdır.

Sonuç

Kısa süreli çözümler, eşitsizliklerin nedenlerini değil, sonuçlarını hedef alır.

Kalıcı sağlık politikalarının güçlendirilmesi, yalnızca teknik bir gereklilik değil, toplum sağlığında eşitliği artırmanın temel koşuludur. Günlük çözümlerin yarattığı kısa vadeli rahatlık hissi yerine, sosyal belirleyicilere odaklanan, çok sektörel ve sürdürülebilir bir yönetişim yaklaşımı benimsenmelidir. Halk sağlığı uzmanları hem bilgi üreticisi hem uygulayıcı hem de politika savunucusu olarak bu dönüşümün merkezindedir.

Kaynaklar

1. *Adams, J., Mytton, O., White, M., & Monsivais, P. (2016). Why Are Some Population Interventions for Diet and Obesity More Equitable and Effective Than Others? The Role of Individual Agency. PLOS Medicine, 13(4), e1001990. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001990*

2. *Dinerstein, C. (2025, November 14). Counting the Dead: Media Drama Warps Reality. American Council on Science and Health. https://www.acsh.org/news/2025/11/14/counting-dead-media-drama-warps-reality-49808*

3. *Kylänen, M. (2025). Making best practice portals attractive to policymakers. European Journal of Public Health, 35(Supplement_4). https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf161.166*

4. *Marmot, Michael. (2015). The health gap : the challenge of an unequal world. Bloomsbury Press, an imprint of Bloomsbury Publishing Plc.*

5. *Stronks, K., Rod, M. H., Rutter, H., & Rod, N. H. (2025). Towards a complex systems model of evidence for public health. BMJ Global Health, 10(10), e021061. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2025-021061*

6. *T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2025). Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı - Obezite ile Mücadele ve Fiziksel Aktivite Eylem Planı 2025-2028.*

7. *WHO. (2025). Promoting Health in All Policies and intersectoral action capacities. https://www.who.int/activities/promoting-health-in-all-policies-and-intersectoral-action-capacities*

DAVETLİ KONUŞMA

YEŞİL HASTANELER VE KARBON NÖTR SAĞLIK TESİSLERİ

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Seval Palteki
SUSTech School of Public Health and Emergency Management, China

İklim değişikliği; sıcak hava dalgaları, hava kirliliği, bulaşıcı hastalıkların yayılımı, su ve gıda güvensizliği gibi çok sayıda çevresel risk üzerinden halk sağlığını doğrudan tehdit etmektedir (World Health Organization [WHO], 2023). Sağlık sektörü bu faktörlerden etkilenen taraf olmasının yanı sıra, sera gazı emisyonlarının yaklaşık %4,4'ünden sorumlu olan önemli bir kaynaktır (Health Care Without Harm Europe [HCWH Europe], 2019). Sağlık yapılarının birim alan başına enerji tüketiminin ofis binalarına kıyasla yaklaşık iki kat fazla olması, sağlık hizmetlerinin iklim ayak izini daha da kritik hâle getirmektedir (HCWH Europe, 2019). Bu bağlamda, sağlık kurumlarının "önce zarar verme" ilkesini çevresel boyutla genişleterek iklim değişikliğinin azaltımında aktif bir aktör hâline gelmesi beklenmektedir.

Yeşil hastane kavramı kısaca, sağlık hizmetlerinin sunumu ile çevre dostu yaklaşımların bütünleştirilmesini ifade etmektedir. Yeşil hastaneler; enerji, su ve doğal kaynak kullanımını optimize eden, zararlı kimyasalların ve atık üretiminin azaltılmasını hedefleyen, aynı zamanda hasta, çalışan ve toplum sağlığını korumayı amaçlayan sağlık tesisleri olarak tanımlanmaktadır (U.S. Green Building Council [USGBC], t.y.). Bu yaklaşımın gelişimi, 1990'lı yıllarda ortaya çıkan yeşil bina hareketleriyle başlamış; İngiltere'de BREEAM, Amerika Birleşik Devletleri'nde LEED, Avustralya'da Green Star, Japonya'da CASBEE ve Almanya'da DGNB gibi sertifikasyon sistemleriyle sağlık yapıları için somut standartlar kazanmıştır (Wissenschaftszentrum Umwelt, 2005). Bu tesislerde enerji verimli bina tasarımları, yenilenebilir enerji kullanımı, su tasarrufu uygulamaları, sürdürülebilir tedarik zinciri yönetimi ve sağlıklı iç mekân hava kalitesine yönelik önlemler ön plana çıkmaktadır (USGBC, t.y.).

Yeşil hastane yaklaşımının daha ileri bir aşamasını oluşturan karbon nötr sağlık hizmetleri ise, sağlık hizmetlerinin tüm süreçlerinde sera gazı emisyonlarının azaltılmasını ve kaçınılmaz kalan emisyonların dengeleme (kompansasyon) mekanizmaları yoluyla net sıfıra indirilmesini hedeflemektedir (NHS England, 2022). Bu yaklaşım; doğrudan emisyonları (Kapsam 1), elektrik tüketimine bağlı dolaylı emisyonları (Kapsam 2) ve tedarik zinciri, ilaçlar, tek kullanımlık tıbbi ürünler, ulaşım ve atık yönetimi gibi alanları kapsayan Kapsam 3 emisyonlarını içermektedir. Özellikle Kapsam 3 emisyonlarının sağlık sektöründeki toplam karbon ayak izinin yaklaşık %71'inden sorumlu olması, sürdürülebilir satın alma ve klinik uygulamaların önemini ortaya koymaktadır (HCWH Europe, 2019).

İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi'nin (NHS) 2040 Net Zero hedefi; düşük karbonlu ilaç listeleri, elektrikli ambulans filoları ve ambalaj azaltım stratejileri ile bu alandaki en kapsamlı küresel örneklerden biri olarak öne çıkmaktadır (NHS England, 2022).

Türkiye'de ise Sağlık Bakanlığı'nın 2013 yılında 200 yatak ve üzeri hastaneler için LEED sertifikasını zorunlu hâle getirmesi, yeşil hastane uygulamaları açısından önemli bir politika adımıdır. Yozgat, Adana, Bursa, Başakşehir Çam ve Sakura ile Gaziantep Şehir Hastaneleri başta olmak üzere çok sayıda tesisin LEED Gold sertifikası alması, bu dönüşümün somut çıktıları arasında yer almaktadır (U.S. Green Building Council [USGBC], t.y.).Gelecekte birinci basamak sağlık hizmetlerinde yeşil bina uygulamaları, tele-tıp ve evde sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi gibi yaklaşımlar, sağlık sisteminin karbon ayak izinin azaltılmasında kritik rol oynayacaktır.

Sonuç olarak, yeşil ve karbon nötr sağlık tesisleri yalnızca çevresel sürdürülebilirliği değil, aynı zamanda daha sağlıklı, dirençli ve ekonomik açıdan verimli sağlık sistemlerini desteklemektedir. Sağlık hizmetlerinin iklim değişikliğiyle mücadelede aktif bir aktör hâline gelmesi, hem mevcut hem de gelecek nesillerin sağlığının korunması açısından temel bir gereklilik olarak değerlendirilmektedir.

Kaynaklar

1 *Health Care Without Harm Europe. (2019). HCWH Europe annual report 2019. Erişim tarihi: 21 Kasım 2025,* https://europe.noharm.org/resources/hcwh-europe-annual-report-2019

2. *NHS England. (2022). Delivering a net zero National Health Service. Erişim tarihi: 21 Kasım 2025,* https://www.england.nhs.uk/long-read/five-years-greener-nhs-progress-forward-look/

3. *U.S. Green Building Council. (t.y.). Projects. Erişim tarihi: 25 Kasım 2025,* https://www.usgbc.org/projects

4. *World Health Organization. (2023). Climate change and health.Erişim tarihi: 22 Kasım 2025,* https://www.who.int

5. *Wissenschaftszentrum Umwelt. (2005). Greener hospitals: Improving environmental performance.*

DAVETLİ KONUŞMA

DİRENÇLİ TOPLUMLAR OLUŞTURMADA ÇOCUKLAR NEDEN ÖNCELİKLİ?

Prof. Dr. Burcu Tokuç
Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı

Dünya gitgide yoğunlaşan yeni bir kriz döneminin eşiğinde, artan jeopolitik gerilimler ve uluslararası rekabet çatışmaları ateşlerken bir taraftan da iklim değişikliği, ekonomik istikrarsızlık gibi sorunlarda çözümlerin uygulanmasını da engelliyor. Kasırgalar, hortumlar, depremler, seller ve orman yangınları da dahil olmak üzere doğal afetler hem sıklık hem de şiddet bakımından artarken, nüfus artmaya devam etmekte ve çevresel bozulma ve küresel iklim sistemlerindeki değişiklikler de daha kötüleşmektedir (McDonald-Harker ve diğerleri, 2021:1-2).

2000 ile 2019 yılları arasında afetler yaklaşık 1,23 milyon cana mal olmuş, yılda ortalama 60.000 kişi hayatını kaybetmiş ve toplamda 4 milyardan fazla insan (çoğu birden fazla kez) kadınlar, çocuklar ve savunmasız durumdaki kişiler orantısız bir şekilde olmak üzere etkilenmiştir (CRED, UNDRR, 2020). 2025 yılında 80 milyon kadarı çatışmalardan kaçan 120 milyondan fazla insan evlerinden edilmiş ve 210 milyondan fazla çocuğun insani yardıma ihtiyacı olmuştur. 2024 yılında, dünya çapında sekiz çocuktan biri en büyük on aşırı hava olayından etkilenmiştir.

Bütün bunlarla birlikte dünyada yaşanan ekonomik istikrarsızlık, kamu hizmetlerine, özellikle sağlık ve eğitime yönelik finansman ve yatırım eksikliği, çocukların ve ailelerin uzun vadede toparlanmasını da zorlaştıracak gibi durmaktadır. "Kanıtlar, tüm ülkelerdeki kişilerin ve varlıkların doğal ve insan eliyle oluşturulan olağandışı durumlara maruziyetinin, savunmasızlığın azalmasından daha hızlı arttığını, bunun da yeni riskler ve afet kaynaklı kayıplarda sürekli bir artış yarattığını ve özellikle yerel düzeyde kısa, orta ve uzun vadede önemli ekonomik, sosyal, sağlık, kültürel ve çevresel etkiler yarattığını göstermektedir." (UNISDR, 2015: I.4).

Çocuk haklarını ve refahını korumak için, sistemleri yeniden düşünmek ve güçlendirmek için harekete geçmek gerekmektedir. Salt hizmet sunumunun ötesine geçen sistemsel yaklaşımlar, toplulukları koruyan afet hazırlık çerçevelerinde, acil durumlara uyum sağlayabilen eğitim sistemlerinde, acil ihtiyaçlara yanıt verebilen kapsayıcı sağlık sistemlerinde çocukların yaşamlarının her alanına dayanıklılık kazandırmak için uygulanmalıdır. UNICEF'in Global Outlook-2025 Raporu'nda belirttiği gibi bu sistemler yalnızca mevcut küresel zorlukları ele almakla kalmamalı, gelecekte toplumları ve özellikle çocukları bekleyenleri öngörmeli ve bunlara hazırlıklı olmalıdır.

> ***Ulusal sistemler**, çocuklara temel ve bütüncül hizmetler sunmak üzere tasarlanmış yapı, kurum, politika ve süreçlerden oluşan hükümet ağlarıdır. Toplumsal sözleşmeler ve hukukun üstünlüğü gibi ilkelere dayandıklarında, hükümetlerin meşruiyetini ve etkinliğini sağlarlar. Hükümetler, çocuklar için bütünleşik çözümler sunmak amacıyla sivil toplum, topluluklar, özel sektör, aileler ve uluslararası kuruluşlar dahil olmak üzere çeşitli aktörlerle iş birliği yapar. Küresel olarak, çok taraflı sistem, iklim değişikliği, pandemiler ve güvenlik tehditleri gibi karmaşık zorlukları ele almak için devletleri, kuruluşları ve diğerlerini birbirine bağlar ve verimliliği sağlamak ve tekrarları önlemek için koordineli ve bütüncül müdahaleleri vurgular (UNICEF, 2025-b)*

1. Jeopolitik

Çocukların yaşamları, hakları ve refahı çatışmalarda giderek daha fazla tehdit altındadır. UNICEF, 473 milyondan fazla çocuğun - küresel olarak altıda birinden fazlası - 2023'te çatışmalardan etkilenen bölgelerde

yaşadığını, yaklaşık 50 milyon çocuğun çatışma ve şiddet nedeniyle yerinden edildiğini tahmin etmekte ve dünyanın birçok yerinde şiddetlenen çatışmalar nedeniyle bu rakamların her geçen yıl daha da artması beklediğini belirtmektedir (UNICEF, 2025-a).

Çatışmalardan etkilenen çocukların oranı, 1990'larda yaklaşık yüzde 10›lardan bugün neredeyse iki katına çıkarak yüzde 19'lara ulaşmıştır. Birleşmiş Milletler tarafından doğrulanan veriler, 2023'te çatışmalar nedeniyle 5.301 çocuğun öldüğünü ve 6.348 çocuğun da sakat kaldığını göstermekte; bu da önceki yıllara göre %35'lik bir artışı temsil etmektedir (UN, 2023).

Çatışmalarda tarafların Cenevre Sözleşmeleri ve Ek Protokollerde yer alan ilkeleri giderek daha fazla görmezden geldiği ve bunun da tehlikeli düzeylerde "norm kaymasına" yol açtığı, tersine çevrilmezse, bu durumun gelecekte çocukları daha da büyük risklere maruz bırakacağı öngörülmektedir. Çocukların daha fazla bulunduğu sivil altyapıların (okullar, hastaneler, elektrik ve su tesisleri ve yerleşim alanları) kasıtlı olarak hedef alınması ve ayrım gözetmeksizin zarar görmesi, günümüzde çatışmaların bir özelliği haline gelmiştir (UNICEF, 2025-b). Insecurity Insights, 2024 yılında silahlı çatışmalarda 1972 sağlık hizmetiyle ilgili olay bildirirken, Küresel Eğitimi Koruma Koalisyonu Saldırı Birimi, 2022 ve 2023 yıllarında eğitime yönelik saldırı ve okulların askeri amaçlarla kullanılmasıyla ilgili yaklaşık 6.000 bildirim yapıldığını ve en az 10.000 öğrenci ve eğitim personelinin zarar gördüğünü bildirmiştir (Insecurity Insights, 2024; Global Coalition to Protect Education from Attack, 2024).

Çatışmalar kontrol altına alınmadığında ekonomik istikrarsızlık, iklim değişikliği gibi nedenlerle gıda güvencesi olmayan bölgelerde mevcut durum daha da kötüleşecektir. Kıtlık koşullarının oluşması kötü beslenme ve hastalıklara ve ölüme yol açacaktır (ReliefWeb, 2024). Önceden var olan sosyal ve toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri ve ayrımcı uygulamalar, çatışma sırasında kimin koruma ve hizmetlere erişebileceğini belirlerken, marjinal gruplar daha da büyük kırılganlıklarla karşı karşıya kalacaktır. Aileler kaçmak, kalan varlıklarını satmak veya aşırı açlık durumlarında çocukları arasında seçim yapmak gibi imkânsız seçimler yapmak zorunda kaldıkça sosyal yapılar aşınacak ve topluluklar üzerindeki psikolojik yük artacaktır (Dannebaum T. 2022).

2. Ekonomi

Gelişmekte olan piyasalardaki ekonomi, Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinde (SKH) belirlenen %7'lik hedefin oldukça altında kalan bir büyüme göstermiştir. Pandemi, iklim değişikliği ve kaynak kısıtlamaları, gelişmekte olan piyasaların büyüme beklentilerinin 2026-2029 döneminde %4'e düşmesine neden olmuştur (UNCTAD, 2022). Hükümetlerin düşük vergi gelirleri, azalan yardımlar ve artan dış borç gibi etkenlerden olumsuz etkilenmesi sonucu, birçok gelişmekte olan ekonomide Gayri Safi Yurtiçi Hasılanın (GSYİH) yaklaşık %11'ine denk gelen vergi gelirleri, temel hizmetleri finanse etmek için gerekli görülen %15'in altında kalmaktadır. Yurtdışı kalkınma yardımları (ODA) uzun vadeli kalkınma finansmanı yerine insani krizleri hedef alır biçimde yapılmakta, artan dış borçlar, bütçeler üzerinde ciddi baskı yaratmaktadır (World Bank, 2024).

Bugün dünyada yaklaşık 400 milyon çocuk, borç sıkıntısının gelişimleri ve refahları için hayati önem taşıyan yatırımları engellediği ülkelerde yaşamaktadır. 34 Afrika Birliği ülkesinden 15'i eğitime ayırdığından daha fazla bütçeyi borç ödemelerine ayırmakta, küresel olarak 40'tan fazla düşük gelirli ülke, çok büyük çocuk nüfuslarına sahip bazı ülkeler de dahil olmak üzere, borç ödemelerine sağlık harcamalarının iki katı kadar harcama yapmaktadır (UNDP, 2024). Gelişmekte olan ülkeler, günümüzde borç harcamalarına sosyal koruma harcamalarının yaklaşık 11 katı kadar harcama yaparken hükümet gelirlerinin yüzde 14'ünü yalnızca faiz ödemelerine ayırmaktadır (UNICEF, 2025-b, World Bank, 2024).

Bu sosyal sektörlerin sistematik olarak yetersiz finanse edilmesi, başta en yoksul ve en dışlanmış çocuklar olmak üzere, çocuklar üzerinde derin ve kalıcı etkiler yaratmakta ve kuşaklar arası yoksulluk döngüsünü körükleme riski taşımaktadır. Eğitim ve sağlık hizmetlerine kronik yatırım eksikliği, insan sermayesini aşındırarak daha az yetenekli, daha sağlıksız ve nihayetinde daha az üretken bir "kayıp nesil"e yol açabilmekte

ve her neslin yoksulluktan kurtulmasını zorlaştırmaktadır. Çocuk haklarını ihlal etmenin yanı sıra, bu durum gelecekteki iş gücünün potansiyelini sınırlayarak uzun vadeli ekonomik beklentileri de baltalamaktadır. Uzun vadede, ülkelerin borçlarını geri ödeme kabiliyetini de tehlikeye atacaktır (UNICEF, 2025-b).

3. Çevre ve İklim Değişikliği ve Afetler

2024 yılında yaklaşık 1,4 milyon çocuk ve genç, bir afet veya aşırı hava olayıyla karşılaşmıştır. Bu sayının 1,05 milyonunu çocuklar ve 393.000'ini gençler oluşturmaktadır. Bu olayların çocukların ve gençlerin ruh sağlığı, eğitim düzeyi ve evsizlik durumu üzerindeki etkisinin maliyetinin ortalama bir yılda 3,1 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir (Deloitte, 2024).

2024 yılı, bugüne kadar kaydedilen en sıcak yıl olmuştur. Küresel ortalama sıcaklıklar, 2024 yılında sanayi öncesi dönemlere göre en az 1,5°C artmış, bu durum, 2015 Paris Anlaşması'nın küresel ısınmayı en fazla 2°C, tercihen 1,5°C ile sınırlama hedefine ulaşmayı neredeyse imkansız hale getirmiştir (WMO, 2025, UNFCCC, 2015).

Mevcut sera gazı emisyonlarına göre, küresel sıcaklıkların 2100 yılına kadar en az 2°C, en kötü senaryoda ise 4°C'den fazla artacağı öngörülmektedir (IPCC, 2022). Bu tür artışlar, özellikle iklim değişikliğiyle ilişkili küresel hastalık yükünün yüzde 88'ini taşıyan 5 yaş altı çocuklar için felaket olacaktır (UNICEF,2021).

Çocuklar, kendilerine özgü fizyolojik ve gelişimsel özellikleri nedeniyle iklim değişikliğinden orantısız bir şekilde etkilenmektedir. Çocukların gelişimleri, sağlıkları, eğitimleri ve refahları geri döndürülemez ve ömür boyu sürebilecek biçimde etkilenmekte, özellikle küçük çocuklar, kız çocukları ve engelli çocuklar ya da dışlanmış topluluklardan gelen çocuklar için yaşam daha da zorlaşmaktadır.

UNICEF'e göre, hava koşullarından kaynaklanan afetler, 2016-2021 yılları arasında 44 ülkede 43,1 milyon çocuğun yani günde yaklaşık 20.000 çocuğun ülke içinde yerinden edilmesine yol açmıştır. İç Göç İzleme Merkezi tarafından geliştirilen bir afet yerinden edilme riski modeli kullanılarak hazırlanan raporda, mevcut iklim verilerine göre, nehir taşkınlarının önümüzdeki 30 yıl içerisinde yaklaşık 96 milyon çocuğu yerinden etme potansiyeli taşıdığı, siklonik rüzgarların ve fırtına dalgalarının ise aynı dönemde sırasıyla 10,3 milyon ve 7,2 milyon çocuğu yerinden etme potansiyeline sahip olduğu tahmin edilmektedir (UNICEF, 2023).

Save the Children, 2024 yılında dünya genelinde her 8 çocuktan birinin yaşanan en büyük 10 aşırı hava olayından önemli ölçüde etkilendiğini, evlerini terk etmek zorunda kaldığını, yardıma bağımlı hale geldiğini veya okula gidemediğini bildirmiştir. Çocuk hakları Örgütü tarafından Asya, Afrika ve Brezilya'da yaklaşık 300 milyon çocuğun (toplam 2,4 milyar çocuk nüfusunun yaklaşık %12,5'i) aşırı iklim olaylarından etkilendiği gösterilmiştir (ReliefWeb, 2024).

DSÖ tarafından yapılan, iklim değişikliğinin engelliliğe göre ayarlanmış yaşam yılları üzerindeki etkisinin analizine göre, hastalık yükünün %88'inin hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde beş yaşın altındaki çocuklara düştüğünü ortaya koymuştur. Yükün ek %5'i beş ile 14 yaş arasındaki çocuklara düşmektedir. Yükün yalnızca %6'sı 15 yaşın üzerindeki kişilere düşmektedir (WHO, 2008). Uluslararası Pediatri Kurumu'nun (IPA) yürüttüğü bilimsel çalışmaya göre; ülkemizde 6 Şubat 2023 depremlerinden etkilenen çocuk sayısının 4,8 milyon olduğu, her 5 çocuktan 1'inin depremden psikolojik, fiziksel, ya da sosyal olarak etkilendiği belirtilmiştir (Haberton, 2023)

4. Teknoloji

Dünya çapında hızla benimsenen dijital kamu altyapısı (DKA), hükümetlerin vatandaşlarla etkileşim kurma biçimini kökten değiştirebilme potansiyeline sahiptir. DKA bazen fiziksel altyapıyla karşılaştırılır: Tıpkı karayolları ve demiryollarının insanları birbirine bağlayıp mal ve hizmetlere erişimlerini sağlaması gibi, DKA da çocuklar ve aileleri de dahil olmak üzere dijital kamu hizmetlerinin geniş çaplı sunumunun temelini oluşturur. DKA, eğitim, sağlık hizmetleri ve sosyal koruma gibi temel hizmetlere eşit erişimi sağlayarak çocukların

refahını artırmada önemli bir rol oynayabilir. Örneğin, elektronik nüfus kayıtları ve yaşamsal istatistik (CRVS) sistemlerine bağlı dijital kimlikler, sistemler genelinde tek bir kimlik kaynağı sağlayarak insanlara yaşamları boyunca yardımcı olabilir. Dijital ödeme altyapıları, aileler ve çocuklar için finansal desteğin sorunsuz bir şekilde dağıtılmasını kolaylaştırabilir ve hırsızlık veya kayıpla ilişkili riskleri azaltabilir (Mazzucato ve ark., 2024)

DKA, teknolojik bir ilerlemeden çok daha fazlasını temsil etmekte kapsayıcı dijital dönüşümün kritik bir kolaylaştırıcısı haline gelmektedir. Ayrıca, etkili dijital yönetişim sağlamada, kalkınmayı, kapsayıcılığı, güveni, inovasyonu ve insan haklarına saygıyı teşvik eden kuralları teşvik etmede de merkezi bir rol oynayabilir. Ancak DKA, doğası gereği kapsayıcı değildir. Özellikle en az gelişmiş ülkelerde dijital erişimdeki kalıcı eşitsizlikler, DKA'nın her çocuğa ve topluma hizmet etmesini sağlamanın önündeki en büyük engeldir. Yüksek gelirli ülkelerde çoğu genç internete bağlıyken, Afrika'da gençlerin (15-24 yaş) yalnızca %53'ü çevrimiçidir ve düşük gelirli ülkelerde ergen kızların ve genç kadınların (15-24 yaş) 10'da 9'u çevrimdışıdır (UNICEF, 2025-b).

DKA, eğitim, sağlık hizmetleri ve sosyal koruma gibi temel hizmetlere eşit erişimi sağlayarak çocukların refahını artırmada önemli bir rol oynayabilir. DKA, kaynakların daha verimli kullanılması için yeni bir fırsat sunarak dijital çözümlerin ölçeklenebilirliğini ve sürdürülebilirliğini doğrudan etkiler. Örneğin, elektronik nüfus kayıt sistemi ve hayati istatistik (CRVS) sistemlerine bağlı dijital kimlikler, sistemler genelinde tek bir kimlik kaynağı sağlayarak insanlara yaşamları boyunca yardımcı olabilir. Dijital ödeme altyapıları, aileler ve çocuklar için finansal desteğin sorunsuz bir şekilde dağıtılmasını kolaylaştırabilir. Güvenli bir şekilde yönetildiğinde, çocukların verileri eğitim ve sağlık hizmetlerinin daha etkili ve hedef odaklı bir şekilde sunulmasını sağlar. DKA, verilerin daha iyi birlikte çalışabilirliğini ve uyumunu sağlayarak daha kapsamlı ve duyarlı çocuk odaklı müdahalelere olanak tanır.

Çocuklara yatırım yapmak, acıları hafifletmenin ve mümkün olduğunca çok sayıda insan için daha iyi bir yaşam sağlamanın en etkili yoludur. Çocuklar, geleceğin toplumlarının temelidir ve refahları, küresel istikrar ve refahla doğrudan bağlantılıdır. Çocuk sağlığını, eğitimini ve beslenmesini koruyarak, yoksulluğu azaltmak, toplumsal cinsiyet eşitliğini ilerletmek, çevresel sürdürülebilirliği teşvik etmek ve barışı güçlendirmek de dahil olmak üzere birden fazla Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi (SKH) doğrultusunda acil ihtiyaçları karşılayabilir ve ilerlemeyi hızlandırabiliriz.

Giderek parçalanan bir dünyada köprüler kurmak ve çocukların ihtiyaçlarının küresel gündemlerin ön saflarında kalmasını sağlamak gereklidir.

Kaynaklar

1. *CRED, UNDRR (2020), Human costs of disasters. An overview of the last 20 years 2000-2019. (no place): USAID, UCLouvain. https://www.undrr.org/publication/human-cost-disasters-overview-last-20-years-2000-2019 Erişim Tarihi: 15.11.2025*
2. *Dannebaum T. (2022) Siege Sttarvation: A War Crime of Societal Torture. Chicago Journal of International Law: Vol. 22: No. 2, Article 1. https://chicagounbound.uchicago.edu/cjil/vol22/iss2/1 Erişim Tarihi: 15.11.2025*
3. *Deloitte (2024). The impact of disasters on children and young people https://www.deloitte.com/au/en/services/economics/analysis/impact-disasters-on-children-young-people.html Erişim Tarihi: 15.11.2025*
4. *Global Coalition to Protect Education from Attack (2024) Educatıon Under Attack 2024 https://protectingeducation.org/wp-content/uploads/eua_2024.pdf Erişim Tarihi: 15.11.2025*
5. *Haberton (2023). Depremden etkilenen çocuk sayısı 4,8 milyon https://haberton.com/depremden-etkilenen-cocuk-sayisi-48-milyon/ Erişim Tarihi: 15.11.2025*
6. *Insecurity Insights (2024) Attacked and Threatened: Health Care at Risk https://mapaction-maps.herokuapp.com/health Erişim Tarihi: 19.11.2025*
7. *IPCC (2022). Climate Change 2022: Impacts, Adaptation and Vulnerability. https://www.ipcc.ch/report/ar6/wg2/downloads/report/IPCC_AR6_WGII_FullReport.pdf Erişim Tarihi: 19.11.2025*

8. *Mazzucato M., Eaves D., Vasconcellos B. (2024) Digital public infrastructure and public value: What is 'public' about DPI? UCL Institute for Innovation and Public Purpose. Working Paper-2024/05. https://www.ucl.ac.uk/bartlett/sites/bartlett/files/iipp_wp_2024_05.pdf Erişim Tarihi: 19.11.2025*

9. *Mc-Donald-Harker, C., Drolet, J.L., Sehgal, A., Brown, M.R.G., Silverstone, P.H., Brett-MacLean, P., Agyapong, V.I.O. (2021). Socio-Ecological Factors Associated With Higher Levels of Resilience in Children and Youth After Disaster: The Importance of Caregiver and Peer Support. Front. Public Health 9:682634.*

10. *ReliefWeb (2024-a). One in 8 children significantly impacted by the 10 biggest extreme weather events this year. https://reliefweb.int/report/world/one-8-children-significantly-impacted-10-biggest-extreme-weather-events-year Erişim Tarihi: 19.11.2025*

11. *ReliefWeb (2024-b)Global Report on Food Crises 2024 Mid-Year Update https://reliefweb.int/report/world/global-report-food-crises-2024-mid-year-update Erişim Tarihi: 22.11.2025*

12. *UN Meetings Coverage and Press Releases Facing Record-High Violations in 2023, Security Council Explores Ways to Bolster Norms to Protect Children in Armed Conflict https://press.un.org/en/2024/sc15745.doc.htm Erişim Tarihi: 22.11.2025*

13. *UNCTAD (2022) 7% growth target eludes most least developed countries https://unctad.org/topic/least-developed-countries/chart-january-2022 Erişim Tarihi: 19.11.2025*

14. *UNDP (2024).No Soft Landing for Developing Economies. https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2024-02/undp-no-soft-landing-for-developing-economies.pdf Erişim Tarihi: 23.11.2025*

15. *UNFCCC, 2015. The Paris Agreement. https://unfccc.int/process-and-meetings/the-paris-agreement Erişim Tarihi: 19.11.2025*

16. *UNICEF (2021). The Climate Crisis is a Child Rights Crisis: Introducing the Children's Climate Risk Index https://www.unicef.org/reports/climate-crisis-child-rights-crisis Erişim Tarihi: 15.11.2025*

17. *UNICEF (2023). Weather-related disasters led to 43.1 million displacements of children over six years. https://www.unicef.org/press-releases/weather-related-disasters-led-431-million-displacements-children-over-six-years Erişim Tarihi: 15.11.2025*

18. *UNICEF (2025-a) Displacement https://data.unicef.org/topic/child-migration-and-displacement/displacement/ Erişim Tarihi: 15.11.2025*

19. *UNICEF (2025-b) Global Outlook-2025. Prospects for Children: Building Resilient Systems for Children's Futures https://www.unicef.org/innocenti/reports/prospects-children-2025-global-outlook Erişim Tarihi: 09.11.2025*

20. *UNISDR (2015), Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030. Geneva: UNISDR. https://www.preventionweb.net/files/43291_sendaiframeworkfordrren.pdf?startDownload=true Erişim Tarihi: 15.11.2025*

21. *WHO (2008). Global Climate Change and Child Health. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/1ba0961f-9e9a-4477-b62d-5d6bd46e9d94/content Erişim Tarihi: 15.11.2025*

22. *WMO (2025). WMO confirms 2024 as warmest year on record at about 1.55°C above pre-industrial level. https://wmo.int/news/media-centre/wmo-confirms-2024-warmest-year-record-about-155degc-above-pre-industrial-level#:~:text=pre%2Dindustrial%20level-,WMO%20confirms%202024%20as%20warmest%20year%20on%20record%20at%20about,C%20above%20pre%2Dindustrial%20level&text=The%20World%20Meteorological%20Organization%20(WMO,based%20on%20six%2-0international%20datasets. Erişim Tarihi: 15.11.2025*

23. *WorldBank (2024). Development Topics. https://www.worldbank.org/ext/en/development-topics Erişim Tarihi: 15.11.2025*

DAVETLİ KONUŞMA

KKKA ÖZELİNDE VEKTÖRLERİN YAYILIM ÖZELLİKLERİ VE EPİZOOTİK DURUM

Prof. Dr. Zati Vatansever
Kafkas Üniversitesi Veteriner Fakültesi

Türkiye'de Kırım-Kongo kanamalı ateşi (KKKA) vakalarının ilk kez 2001 ve 2002 yıllarında Orta Anadolu ile Karadeniz bölgesinin kesiştiği coğrafi bölgede görüldüğü düşünülmektedir. O zamandan bu yana, 2024 yılı sonu itibarıyla 17500 vaka bildirilmiş olup, vaka ölüm oranı %4,8'dir.

Hyalomma marginatum'un Türkiye'deki KKKA salgınının aktif olarak yayılmasında önemli bir rol oynadığı bilinmektedir. Bu kene zorunlu iki konaklı bir türdür. Larvalar ve nimfler ağırlıklı olarak tavşan, kirpi ve yerden beslenen kuşlar (özellikle keklik ve kargalar) üzerinde beslenirken, erişkinleri ise öncelikle sığır ve yaban domuzu gibi büyük evcil ve yabani memelilerle tercih ederler. İnsanlar bu döngüde rastlansal konak olsalar da, yetişkin *H. marginatum'un* agresif konak arama davranışı nedeniyle sıklıkla kene tutunmalarına maruz kalırlar. Anadolu'daki doğal odaklarda *H. marginatum'un* dahil olduğu enzootik döngüler kısmen tanımlanmıştır; ancak bu döngülerin birçok yönü hala tam olarak anlaşılamamıştır. Kanıtlar, sığır ve tavşanların birçok doğal odakta H. *marginatum* popülasyonlarının sürdürülmesinde önemli rol oynadığını göstermektedir. Bununla birlikte, bu hayvanların Anadolu'daki doğal odaklarda virüsün kalıcılığına ve sürdürülmesine özel katkısı henüz kesin olarak belirlenmemiştir. Türkiye'de, KKKA salgınının başlamasının ardından 2000'li yılların başından itibaren kenelerde virüsün varlığına ilişkin epidemiyolojik veriler rapor edilmiştir. Ancak, bu çalışmaların çoğu sistemik olmayıp, insanlardan ve evcil veya yabani konaklardan toplanan kenelere odaklanmıştır. Bu çalışmaların çoğu, kan emmiş kenelerde virüs pozitifliği bildirmiştir. Buna karşın, bir dizi çalışma hem kan emmemiş (konak arayan) keneleri hem de konaklardan toplanan keneleri analiz etmiştir ve 2-50% arasında değişen prevalans oranları bildirilmiştir.

KKKA virüsünün transovarial, venereal, eşzamanlı beslenme ve transstadial gibi bilinen tüm kene ile ilişkili yatay ve dikey bulaşma yollarını kullanabildiği iyi bilinmesine rağmen, doğal odakları devamnlılığındaki birincil bulaşma şekli birçok coğrafi bölgede hala belirsizdir. Virüsün doğal odaklarda dolaşımı, virüsün kenede uzun süre kalabilmesi nedeniyle, hem yatay hem de dikey bulaşma yeteneğine sahip *Hyalomma* kenelerinin varlığına bağlıdır. Buna karşılık, omurgalı konaklarda CCHFV'nin viremik döneminin çok kısa olduğu ve bu durumun rezervuar olarak etkinliğini sınırlamaktadır. Anadolu'dan elde ettiğimiz veriler, sığırların ve tavşanların KKKA doğal odaklarında *H. marginatum'un* populasyon artışının en büyük destekçisi olduklarını göztermektedir. Ek olarak, bazı odaklarda keklikler, kargalar ve kirpiler kenelerin larva ve nimf dönemlerini desteklerken, yaban domuzları, koyun ve keçiler yetişkin *H. marginatum* popülasyonlarının desteklenmesinde önemli rol oynamaktadır

Dünya'daki en büyük KKKA salgını Türkiye'de olmasına rağmen, virüsün doğal odakları içindeki dinamiklerini ele alan ulusal bir izleme programı bulunmamaktadır. Doğal odaklar konusundaki verilerin çoğu, kene-konak-virüs ilişkisini anlamaya yönelik bireysel bilimsel çalışmalardan elde edilmektedir. KKKA, Türkiye'de bildirim zorunluluğu olan bir hastalıktır ve tanı, Sağlık Bakanlığı tarafından yetkilendirilmiş laboratuvarlarda yapılmaktadır. Sonuç olarak, her yıl teyit edilmiş klinik vakalar rapor edilmektedir. Ancak, KKKA'nin doğal odakları içindeki dinamikler ve değişiklikler kene-konak-virüs üçgeni bağlamında sistematik olarak izlenmediğinden, hastalık Anadolu'da gizli bir döngü içinde devam etmektedir. Bu durum, aynı odaklarda yıllar arasında gözlemlenen insan vaka sayılarındaki dramatik dalgalanmalarda en belirgin şekilde görülmektedir.

DAVETLİ KONUŞMA

VEKTÖREL HASTALIKLARIN KONTROLÜNDE ÇOK SEKTÖRLÜ YAKLAŞIM: TUNCELİ ÖRNEĞİ

Uzm. Dr. Hakkı Aktaş
Tunceli İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Başkanı

Bugün sizlere "Vektörel Hastalıkların Kontrolünde Çok Sektörlü Yaklaşım: Tunceli Örneği" başlıklı sunumla saha deneyimlerimi aktaracağım. Tunceli'nin coğrafi yapısı, sosyoekonomik koşulları ve bölgesel riskleri vektörel hastalıklarla mücadelede bütüncül bir yaklaşımı zorunlu kılmaktadır. Bu nedenle konuşmam, hem mevcut durumu değerlendiren hem de kurumlar arası iş birliğinin önemini vurgulayan bir çerçevede şekillendirilmiştir.

Tunceli'nin dağlık ve ormanlık yapısı, geniş kırsal alanları ve düşük nüfus yoğunluğu, vektörlerin doğal yaşam alanlarına yakın insan yerleşimlerinin bulunması nedeniyle risk faktörlerini artırmaktadır. Tarım ve hayvancılığın yaygın olması ise insanların vektörlerle temasta bulunma olasılığını yükseltmektedir. Bu nedenle bölge, Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) başta olmak üzere önemli vektörel ve zoonotik hastalıkların görüldüğü alanlardan biridir.

İl Sağlık Müdürlüğü olarak yürüttüğümüz çalışmaların temelinde sürveyans faaliyetleri, erken tanı ve tedavi zincirinin güçlendirilmesi, personel eğitimi ve toplum yönlendirmesi yer almaktadır. Özellikle KKKA vakalarının izlendiği dönemlerde sağlık personeline yönelik yoğunlaştırılmış eğitim programları yapılmakta, sahada görev yapan ekiplerimiz tarafından kırsal bölgelerde bilgilendirme çalışmaları yürütülmektedir. Tarım ve Orman İl Müdürlüğü ile yakın iş birliği içinde hayvan sağlığı taramaları, kene mücadelesi ve çiftçilere yönelik eğitim programları yürütmekteyiz. Yerel yönetimler ise çevresel düzenleme ve kene popülasyonunun yoğun olduğu alanlarda risk azaltıcı tedbirlerin uygulanmasında büyük rol oynamaktadır. Köy ve mahalle muhtarlıklarıyla yapılan ortak çalışmalar, toplum katılımının artırılması açısından önemli bir güçtür. Ayrıca eğitim kurumlarında farkındalık çalışmaları yaparak özellikle çocukların bilinçlenmesini sağlıyoruz.

Kuduz hastalığına yönelik sürveyans, hayvan ısırıklarının takibi, profilaksi uygulamalarının eksiksiz yürütülmesi, riskli bölgelerde aşılama kampanyaları ve yerel yönetimlerle iş birliği içinde hayvan kontrol programları faaliyetlerimizin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Kuduz şüpheli temasların hızlı değerlendirilmesi ve temas sonrası profilaksinin eksiksiz uygulanması, hastalığın önlenmesinde hayati bir aşamadır. Sahipsiz hayvan popülasyonunun kontrolü, kuduzla mücadele için kritik bir bileşendir. Bu amaçla yerel yönetimlerin aşılama, kısırlaştırma ve sahiplendirme çalışmalarına katkı sağlamak amacıyla Tunceli Belediyesine haybulans ambulans için araç desteği sağlanmıştır.

Vektörel hastalıklarla mücadele, sadece tek bir kurumun ya da tek bir disiplinin yürütmesiyle başarıya ulaşabilecek bir süreç değildir. Sağlık, tarım, çevre, yerel yönetim ve eğitim kurumlarının ortak hareket etmesi gerekmektedir. Bu çok sektörlü yaklaşım sayesinde hem erken uyarı mekanizmaları güçlenmekte hem de toplumun kendi sağlığını koruma kapasitesi artmaktadır. Tunceli'de yürüttüğümüz çalışmaların odağında; etkin iş birliği, güçlü iletişim, hızlı müdahale ve toplumun sürece aktif katılımı bulunmaktadır. Sözlerimi tamamlarken, vektörel hastalıklarla mücadelenin sürdürülebilir, planlı ve çok sektörlü bir yaklaşım ile mümkün olduğunu vurgulamak istiyorum. Bu önemli organizasyonda bilgileri paylaşma fırsatı sunduğunuz için teşekkür eder, tüm katılımcılara saygılarımı sunarım.

DAVETLİ KONUŞMA

BİLİMSEL ÇALIŞMALARDA SESSİZLİĞİ BOZMAK: ARAŞTIRMA İLETİŞİMİ

Doç. Dr. Ümit Kartoğlu
Vice President Extensio et Progressio, Switzerland

Bilimsel araştırma planlamış, yürütmüş ya da araştırma ekiplerinde yer almış herkes **"parmak kaldırsın"** desem tereddütsüz tüm salonda ellerin havaya kalkacağından eminim. Ancak bugün araştırmalara farklı bir açıdan yaklaşarak çoğu zaman fark edilmeyen, hatta önemsenmediğine inandığım bir başlığa dikkat çekmek istiyorum: **Araştırma iletişimi**. Bu konu üzerinde durmamın elbette nedenleri var. Şimdiye kadar incelediğim hiçbir araştırma önerisinde böyle bir başlığa rastlamadım. Hatta çoğu çalışma ***"bir yapalım da sonra karar veririz nerede yayınlayacağımıza"*** anlayışıyla başlıyor. Akademik yayılım konusunda dahi net bir hedef belirlemeyen bir araştırmadan, kapsamlı bir iletişim planı beklemek gerçekçi olmaz.

Araştırma iletişimi, araştırmadan üretilen bilgi, bulgu, fikir ve etkilerin hem akademik topluluklara hem de genel kamuoyuna aktarılması sürecidir. Bu nedenle, teorik olarak araştırma planının en temel bileşenlerinden birini oluşturur.

Araştırma iletişimi derken yalnızca makale yayımlamayı ya da kongre sunumlarını kastetmiyorum. Aynı zamanda araştırmanın sonuçlarının kamuya anlatılması, politika yapıcılarla paylaşılması, diğer araştırmacılar, topluluklar ya da endüstriyle birlikte bilgi üretimine ya da uygulamalara katkıda bulunulması gibi çok boyutlu bir süreçten söz ediyorum. Dolayısıyla bu planın doğal olarak ortak sorumluluk gerektirdiği açıktır. Araştırmacı birincil sorumluluğa sahip olsa da üniversiteler, araştırma kurumları, bilim iletişimcileri, gazeteciler, bağışçı kurum ya da ülkeler, politika yapıcılar, sivil toplum kuruluşları ve toplumun diğer ilgili kesimleri farklı görevlerle devreye girer.

Aslında araştırma iletişiminin ne ölçüde içselleştirildiğini, kişiyi araştırmaya yönelten motivasyonlarda aramak gerekiyor. İnsan doğası gereği merak eder; evreni, toplumu, doğayı ve hatta kendisini anlamaya çalışır. Bilimsel araştırma, bu arayışın sistematik ve sorgulayıcı biçimidir. Bilinmeyeni bilinir kılmak yalnızca zihinsel bir tatmin değil, insanlığın ortak hafızasına yeni bir halka eklemektir.

Bilimin işlevi yalnızca bilgi üretmek değildir; aynı zamanda sorunlara çözüm arar. Yaşamın içindeki problemler, bilimsel çalışmanın doğrudan konusudur. Bu nedenle bilim, hayatın kendisine temas eder.

Bilimsel araştırma aynı zamanda etik bir yükümlülüktür. Özellikle tıp, eğitim ve çevre gibi alanlarda bilim insanının görevi sadece doğruyu bulmakla sınırlı değildir; onu savunmak ve paylaşmak da bu görevin ayrılmaz parçasıdır. Bu süreç kimi zaman yalnızlık, direnç ya da baskıyla karşılaşsa da hakikate bağlılığı içerir.

Akademide yayın, atama ve unvan için de araştırma yapılır; yani kimi zaman kariyer, itibar ya da maddi karşılık araştırmanın motivasyonunu şekillendirir. Ancak bu motivasyonlar merak ya da etik sorumluluk gibi içsel nedenlerle çatışabilir.

Kimileri için bilim kariyerin kendisidir; kimileri için anlam arayışının ifadesi. Kimi bilmek için araştırır, kimi fayda sağlamak için. Fakat hangi yoldan gidilirse gidilsin, bilimsel çaba insan aklının sınırlarını zorlayan bir yolculuktur ve her yeni bilgi, öncekinin üzerine eklenen bir taş niteliği taşır.

Bilim, insan olmanın en değerli eylemlerinden biridir. Günümüz dünyasında bilimsel çalışma artık yalnızca merakla bilgi üretme süreci değildir; bir tür direniş olarak görülmelidir. Merakla başlayan araştırma, artık öyle sürdürülerek korunamıyor. Çünkü bilimsel bilgi bugün siyasi çıkarlara göre şekillendiriliyor, ekonomik kaygılarla sansürleniyor, toplumsal cehaletle itibarsızlaştırılıyor. Bilim insanı artık sadece araştıran değil; gerçeği savunan, yalana karşı duran, susturulmaya direnendir.

Bu noktada, araştırma iletişimi planlaması yapanların dayandığı temel varsayımlara bakmakta yarar var:

Veri tek başına anlam taşımaz: Daha iyi kararlar için daha iyi verilere ihtiyaç vardır; ancak veri kendi başına yeterli değildir. Sürecin başındaki sistematik planlama ile sonundaki uygun sunum ve yayma adımları **"kitap ayracı"** işlevi görmezse veriler iyi biçimde kullanılamaz. Veriler bir kez kullanıldığında ömürlerini tamamlamaz, dahası, bir kez kullanıldıktan sonra bile veri, hala **"yaşar"**; farklı karar ihtiyaçları için yeniden yapılandırılabilir, sentezlenebilir ya da yeniden analiz edilebilir.

Bilgi ihtiyaçlarını bilmek gerekir: Karar vericilerin bilgi ihtiyaçları karmaşık ve çeşitlidir. Bu ihtiyaçların iyi kavranması, veri toplama önceliklerini, yöntemlerini, veri analizini, verilerin sunulacağı ortam ve odakları, mevcut ve potansiyel kullanıcıların belirlenmesini iyileştirir.

Veri talebi karşılanmamıştır: Nitelikli araştırma verisine yönelik karşılanmamış bir talep vardır. Tüm sektörlerde ve tüm düzeylerde karar vericiler daha iyi veri ister. Karar vericilerin veriyi nasıl kullandıklarına dair geri bildirimleri, veri toplama ve işleme süreçlerinde çalışan profesyonellerin çalışmalarını doğrudan etkiler ve motive eder.

Sunum, bilgiyi daha ilgili kılar: Veriye yönelik talep ve kullanım, bilginin kullanıcıların önemli gördüğü konularla ne kadar ilişkilendirildiğiyle yakından bağlantılıdır. Bilginin uygunluğunu artırmanın yolu, karar vericilere sunulan bilginin daha sade, daha net, daha kapsamlı ve zamanında olmasıdır. Bu nedenle nasıl söylediğiniz, ne söylediğiniz kadar önemlidir.

Verinin birçok hayatı vardır: Tek bir veri seti, çok farklı kullanıcılar ve kullanım amaçları için pek çok farklı biçimde **"hayat bulabilir".** Veri kullanımındaki olası değişiklikler, sağlık alanındaki resmi ve gayri resmi kanallarda giderek genişleyen bir kullanıcı kitlesini hedefleyen bir yayma planında öngörülebilir. Veri kullanıcıları kavramı durağan değil, dinamiktir. Sponsor kuruluşun içinde ve dışında sağlıkla ilgili bilgiyi; konuşmalar, basın bültenleri, notlar, kitaplar, makaleler, videolar, ses dosyaları, sergiler, konferanslar, çalıştaylar, personel toplantıları, fotoğraflar ve diğer pek çok format aracılığıyla taşırlar.

Nasıl ve neden sorularını anlatın: Geliştirme zincirinin her basamağında- en üst düzey devlet kurumlarındaki proje tasarım stratejilerinden zincirin sonunda toplum desteğini sağlamaya yönelik taktiklere kadar- daha iyi bilgiye ihtiyaç vardır. "Daha iyi" bilgiden kasıt, yalnızca "ne" ve "kaç tane" sorularını değil, aynı zamanda "neden" ve "nasıl" sorularını da öne çıkaran bilgidir.

Bu bağlamda, yalnızca kedilerin değil, araştırma verilerinin de dokuz canlı olduğu söylenebilir. Tek bir veri seti farklı hedef kitlelere ve kullanım amaçlarına göre birçok biçime dönüştürülebilir- ve dönüştürülmesi gerekir. Bir araştırmanın bilimsel makalesinde kullanılan grafiklerin, aynı şekilde basına ya da araştırmanın yürütüldüğü topluma sunulması akılcı değildir. Aktarılacak bilgi içeriği aynı bilgi olsa bile, aktarım biçimi ve kullanılan araçlar hedef kitleye göre değişmek zorundadır. Bilimsel kongrede kullandığınız bir sunumunun, basına yönelik bir iletişimde aynı etkiyi göstermeyeceği açıktır. Dolayısıyla araştırma sonuçlarının kimlere, hangi amaçla, hangi araçlarla ve hangi bütçeyle ulaştırılacağının en baştan planlanması gerekir. Araştırma iletişimi, işte bu planlamanın bilimsel yöntemlere dayalı biçimidir. Bu süreçte veri talebi, veri toplama, işleme, sunma, yayma ve yeni veri taleplerine kadar tüm aşamalarda kanıtlanmış bireysel, örgütsel, kitle ve özel medya teknikleri kullanılır.

2010 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nde, donmaya duyarlı aşılar için uygulanan çalkalama testinin duyarlılık ve seçiciliğini değerlendirdiğimiz bir çalışmayı ekibimle planladığımda, araştırma iletişimi bölümü, öneride önemli bir yer tutuyordu. Bu sayede çalışmanın tümünü videoya çekmiş, sonunda da makaleyi yazdığımızda bir video makale versiyonu da ortaya çıkartmıştık. Bu video, planlandığı gibi beş uluslararası kongrede gösterildi ve mevcut eğitim modüllerine eklendi. Çalışmayla IQPC Soğuk Zincir Mükemmellik Ödülü alacağımızı da öngörüyorduk. Önemli nokta şu: Araştırma iletişimi planı tüm bu faaliyetleri bütçelendirmişti. Yani, örneğin Kanada'daki kongreye gitmek için sonradan kaynak arama telaşına düşmedik; çünkü tüm yolculuklar araştırma bütçesine dahil edilmişti. Araştırma ve iletişim bütçesini DHL–UNICEF ortaklığı üstlenmişti.

Benzer şekilde UNICEF için yürüttüğüm, otomatik kilitleme mekanizmasına sahip enjektörlerde kilit mekanizmasının devreye giriş zamanlamasına ilişkin risk değerlendirmesi çalışmasında sunduğum iletişim planı UNICEF'i şaşırtmıştı. Bu plan gerekliydi; çünkü sonuçların kullanılma amaçları ve potansiyel kullanıcıları birbirinden çok farklıydı.

Sağlık alanındaki karar süreçlerini iyileştirmek için araştırma iletişimini bir yönetim aracı olarak uygulamak ne gereğinden fazla masraflı ne de zaman alıcı bir iştir. Maliyet kalemleri genellikle mevcut veri ve karar akışlarının başlangıçtaki bir denetimini, buna uygun eğitim tasarımı ve uygulamasını, ayrıca mevcut donanım üzerine inşa edilen ve gerekli güncellemeleri içeren bir donanım/yazılım paketini kapsar. Nedensel etkinin doğrudan ölçülmesi her zaman kolay olmasa da Hızlı Değerlendirme (Rapid Assessment Procedures) yöntemleriyle yapılan süreç değerlendirmeleri oldukça derinlikli analizler ortaya koyabilir.

Her sağlık veri ağı kendine özgü sorunlar taşır; ancak çoğu benzer yapı ve bileşenlere sahiptir. Mevcut verilerin gücünü ya da yeni verilere duyulan ihtiyacı değerlendirmek için **3** araştırma iletişimi katmanı, adeta bir denetim tabakası gibi araştırma planına eklenir.

Veri gereksinimleriyle bunların karşılanabilirliği arasındaki ilişki, bir matris (Overlay 1) ile değerlendirilir. Bu matris, "Hangi bilgiye, kim tarafından, hangi amaçla, nerede, ne zaman, hangi biçimde ve hangi maliyetle ihtiyaç var?" sorularına odaklanır.

İkinci katman (Overlay 2), veri toplama süreciyle birlikte araştırmanın kuram ve yöntemlerine katkı sağlayacak birincil ve ikincil bilgi kaynaklarını tanımlar. Bu kapsamda kamu ve özel kurumlar, kar amacı güden veya gütmeyen kuruluşlar ile sosyal, ekonomik, çevresel, tıbbi ve demografik verileri sağlayan birey ve kurumlar yer alır. Veriler; makale, rapor, harita, istatistik, görsel materyal ya da bireysel ve grup görüşmelerinden elde edilebilir.

Üçüncü katman (Overlay 3) ise bilginin analizinden yararlanabilecek birincil ve ikincil hedef kitleleri belirler. Araştırmanın yürütüldüğü topluluklar, hizmet sunucular, yöneticiler, politika yapıcılar, bağışçılar ve yöntem geliştiren araştırmacılar bu kapsamdadır.

Araştırmalara destek veren kurumların, araştırma önerilerinde araştırma iletişimi planını zorunlu kılması gerekiyor. Bu zorunluluk üniversitelerde de olmalıdır.

Piyasa mantığının, yayın baskısının ve akademik rekabetin hakim olduğu bir ortamda bilim, çoğu zaman hızla tüketilen bir gösteriye dönüşüyor. Bu düzen içinde hala derinlikli, etik ve kamusal faydayı önceleyen araştırmalar üretmek sistemin dayattıklarına karşı bir duruş sergilemektir. Otoriter yapılarda bilimin sesinin kısılması, liyakatin yok edilmesi, uzmanlığın değersizleşmesi artık sıradanlaşmış durumda. Böyle koşullarda bilim yapmak yalnızca bilgi üretmek değil; adaleti, aklı ve kamusal sorumluluğu savunmaktır. Dolayısıyla bugün bilim yalnızca merakın değil, vicdanın, etik ısrarın ve hakikat mücadelesinin adıdır ve bu mücadeleyi sürdüren herkes -farkında olsun ya da olmasın- direnmektedir.

Bu direnişin hakkını vermenin yolu ise, yapılan çalışmanın potansiyel kullanıcılarına ve üretilen bilginin olası kullanım yollarına odaklanan araştırma iletişiminden geçer.

Türkiye'den ayrılmadan bir yıl önce, 21–22 Mart 1992'de, Sevgili hocam Prof. Olcay Neyzi'nin desteğiyle İstanbul'da WEBCOM (The Communication Web for Health) öncülüğünde düzenlediğimiz Araştırma İletişimi Çalışma Grubu toplantısı Türkiye açısından bir ilkti. Aşağıda, çalışma grubunun raporunun kapak görselinin altında, fotoğraftaki katılımcıların isimlerini sıraladım. Bu toplantı tarihsel önem taşıdığı için isimleri anmayı bir borç biliyorum.

DAVETLİ KONUŞMA

RESEARCH COMMUNICATION

Report on a WEBCOM Working Group



WEBCOM

İstanbul / TURKEY

Sponsored by PASTEUR MÉRIEUX Serums and Vaccins

Ayaktakiler (soldan sağa): Prof. Dr. Hasan Yazıcı, İstanbul Üniversitesi; Dr. Tuğrul Erbaydar, Halkalı Sağlık Ocağı; Muzaffer Pekmezci, Pasteur Merieux; Doç. Dr. Banu Akatlı Ergöçmen, Hacettepe Üniversitesi; Nuray Fincancıoğlu, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı; Doç. Dr. Ayşen Bulut, İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü; Yrd. Doç. Dr. Ümit Kartoğlu, İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü ve WEBCOM (Sekretarya); Dr. Demet Güral, Pathfinder International; Prof. Dr. Türkan Kutluay Merdol, Hacettepe Üniversitesi; Prof. Eric Trell, Linköping Üniversitesi; Alan Brody, UNICEF; Hannu Vuori, WHO EURO; İncila Diker, UNICEF; Prof. Dr. Ayşe Akın, Hacettepe Üniversitesi; Doç. Dr. Osman Hayran, Marmara Üniversitesi; Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu, Dokuz Eylül Üniversitesi; Doç. Dr. İsmail Üstel, Hacettepe Üniversitesi; (raportör); Prof. Dr. İskender Sayek, TUBİTAK; Yılmaz Zenger, WEBCOM; Dr. Kemal Hoşgeçin, WEBCOM.

Oturanlar (soldan sağa): Mustafa Küçük, Devlet İstatistik Enstitüsü; Dr. Fikri Türkay, Pasteur Merieux; Prof. Dr. Ayten Egemen, Hacettepe Üniversitesi; Mary Scrimshaw; Prof. Dr. Nevin Scrimshaw, United Nations University (Vice-Chair); Prof. Dr. Olcay Neyzi, Istanbul Üniversitesi (Chair); Prof. Dr. Münevver Bertan, Hacettepe Üniversitesi; Gary R. Gleason, United Nations University; Monica Pislaru, Romanian Information Clearing House.

DAVETLİ KONUŞMA

GÖRÜNMEYENİ GÖRMEK: İNTİHARIN ÖNLENMESİNDE TOPLUMSAL İYİLİK HÂLİNİN GELİŞTİRİLMESİ BİREY VE TOPLUM RUH SAĞLIĞINDA İNTİHAR NASIL ELE ALINMALI?

Uzm. Dr. Selin Tanyeri Kayahan
Isparta Yalvaç Devlet Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre intihar, 15-29 yaş arası ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer almakta ve dünyada her yıl 720 binden fazla kişi intihar nedeniyle ölmekte, intihar girişiminde bulunanların ise bu sayının yaklaşık 20 katı olduğu bildirilmektedir. Dünya genelinde intihara bağlı ölümlerin büyük bir kısmı, aralarında Türkiye'nin de yer aldığı düşük veya orta gelir düzeyli ülkelerde gerçekleşmektedir. İntihar önemli bir toplum sağlığı sorunudur ve Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre Türkiye'de görülen intihar davranışı sıklığı yıllar içinde artış göstermektedir. İntihar davranışı çok çeşitli bireysel, çevresel ve toplumsal etkenlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkmaktadır. Risk faktörü olarak tanımlanmış bireysel etkenler arasında başta depresyon olmak üzere psikiyatrik hastalıklar, daha önce intihar girişiminde bulunma veya ailede intihar öyküsü, genetik yatkınlık, alkol ve madde kullanımı, kronik ağrı gibi durumlar ile iş kaybı ya da ekonomik kayıplar sayılabilir. İlişki sorunları, ayrılık, yalnızlık, aile desteğinin bulunmaması gibi durumlar ilişkisel faktörler olarak intihar için tetikleyici olabilir. Yaşanan çevreyle ilgili faktörlerde başta cinsel ve fiziksel olmak üzere her türde istismar ve travmatik yaşantılar, birçok nedene bağlı olabilecek ayrımcılık ve damgalanma ile afetler, savaş, göç gibi zorlayıcı yaşam olayları sayılabilir. Başlıca toplumsal risk etkenleri arasında intihar araçlarına erişimin kolay olması, sağlık hizmetlerine ulaşmada yaşanabilen zorluklar ve medyada intihar haberlerinin uygun olmayan şekilde verilmesi yer alır.

Bireylerin ve toplumların ruh sağlığını güçlendirme ve intihar davranışını önleme klinik sağlık hizmetlerinin yanı sıra sağlığın sosyal belirleyicilerine yönelik uygulamaların da etkili biçimde kullanılmasını gerektirmektedir. Hem bireysel hem de toplumsal düzeyde intiharı önlemeyi amaçlayan kanıta dayalı müdahale çalışmaları mevcuttur. İntiharı önleme stratejileri sağlık, eğitim, hukuk ve medya dahil olmak üzere birçok sektörün yakın iş birliğini gerektirir. Yapılan çalışmalarda intiharı önleme eylem planlarında dört ana başlık öne çıkmaktadır. Bunlardan ilki intihar araçlarına erişimi kısıtlamaktır. İntihar davranışında sık kullanılan ateşli silah ve kimyasal maddelere erişimin devlet kontrolünde gerçekleştirilmesi ülkemizde uygulanan önleyici yöntemler arasındadır. İkinci başlık özellikle ergenlik döneminde sosyal ve duygusal yaşam becerilerinin geliştirilmesidir. Üçüncü olarak intihar davranışlarından etkilenen herkesi erkenden tespit ederek değerlendirmenin, gerekli durumlarda uygun tıbbi tedaviye yönlendirmenin ve yakın izlemin önemi vurgulanmaktadır. Bu açıdan da birinci basamak sağlık hizmetlerinde yapılabilecek taramalar büyük önem taşır. Son olarak bu haberlerin çok çeşitli basın-yayın organlarında sorumlu habercilik anlayışıyla yapılması için medyayla iş birliği sağlanmasına değinilmektedir. Yakın dönemde yapılan çalışmalar kanıta dayalı intiharı önleme uygulamaları sosyal reçetelemeyi, kriz yardım ve destek hatlarını ve toplumdaki bireylerin intiharı önleme konusunda eğitilmesini, böylelikle ruh sağlığını güçlendirmeye odaklanan müdahaleleri vurgulamaktadır.

Kaynaklar

1. *Türkiye İstatistik Kurumu (2025). 06 Ekim 2025'te https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=115&locale=tr adresinden indirildi.*
2. *World Health Organization (2021). Live life: An implementation guide for suicide prevention in countries. 06 Ekim 2025'te https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/8f4bb596-e6e4-4328-a5ed-00e01ec0068d/content adresinden indirildi.*
3. *Mann JJ, Michel CA, Auerbach RP (2021). Improving suicide prevention through evidence-based strategies: a systematic review. Am J Psychiatry 178(7): 611-24. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20060864*

DAVETLİ KONUŞMA

TÜRKİYE'DE İNTİHARIN ÖNLENMESİNDE SAĞLIK SUNUCULARININ ROLÜ: NELER YAPILIYOR, NELER GELİŞTİRİLEBİLİR?

Uzm. Dr. Pelin Şavlı Emiroğlu
İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü

İntihar, dünyada her yıl 700 binden fazla kişinin yaşamını kaybetmesine yol açan, çok boyutlu ve önlenebilir bir halk sağlığı sorunudur. Her bir intihar vakası yalnız bireyi değil, geride kalan aile üyelerini, sosyal çevreyi ve toplumu etkileyen sosyal, duygusal ve ekonomik sonuçlar doğurmaktadır.

İntihar davranışı, tek bir nedene bağlı olmayıp, bireysel, ilişkisel, toplumsal ve çevresel faktörlerin etkileşiminin sonucudur. Bununla birlikte güçlü sosyal destek ağlar, sağlık ve toplumsal hizmetlere kolay erişim, yaşam ve özgürlük gibi temel insan haklarının güvence altına alınması ve bireysel başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi intihar riskini azaltan koruyucu faktörler arasında ise yer almaktadır.

TÜİK verilerine göre 2024 yılında Türkiye'de 4.460 kişi intihar nedeniyle yaşamını yitirmiştir. Bu ölümlerin %78'i erkek, %22'si kadındır. İntihar nedenleri arasında ekonomik güçlükler, aile içi çatışmalar, duygusal ilişkilerde yaşanan sorunlar, ticari başarısızlık ve eğitim yaşamındaki güçlükler bildirilen nedenler arasında yer almaktadır.

Yapılan araştırmalar intihar girişiminde bulunan kişilerin büyük çoğunluğunun tanı konabilir bir ruhsal bozukluğu olduğunu göstermektedir. İntihar girişiminde bulunan hastaların %40-60'ı bu girişiminden önceki ay içerisinde bir hekime başvurmaktadır ve pek çoğu psikiyatri uzmanı yerine pratisyen hekimi tercih etmektedir. Bu sebeple intiharı önlemede birinci basamak sağlık çalışanları çok önemlidir. Birinci basamak çalışanları intihara yakın kişileri belirlemek, tanımlamak ve yönetmek konusunda en etkili konumdadır. Bu kişileri tanıma, değerlendirme, yönetme ve sevk etme intiharı önlemede en önemli adımdır. Türkiye'de Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2021–2023) kapsamında, "intiharı önleme konusunda farkındalık oluşturulması ve intihar oranlarının azaltılması" temel hedeflerden biri olarak belirlenmiştir. Bu doğrultuda, 81 ilde Valilikler koordinasyonunda "İntiharı Önleme İl Koordinasyon Kurullarının oluşturulması istenmiştir. Kurulların ilgili Vali Yardımcısı başkanlığında; İl Sağlık Müdürlüğü, Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü, Milli Eğitim Müdürlüğü, Emniyet ve Jandarma temsilcileri, Gençlik ve Spor Müdürlüğü, Müftülük, belediyeler ve üniversitelerden temsilcilerin katılımıyla düzenli toplantılar yapması hedeflenmiştir. Bu yapı, her ilde hazırlanan yerel eylem planlarının uygulanmasını, kurumlar arası iş birliğinin sağlanmasını ve sahadaki risklere göre müdahalelerin güncellenmesini amaçlamaktadır.

Acil servisler, intihar girişiminde bulunan bireylerin sağlık sistemiyle ilk temas ettiği kritik birimlerdir. Bu nedenle yalnızca tıbbi müdahale değil, krize yönelik psikososyal değerlendirme ve destek de zorunlu kabul edilmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından 2004 yılında başlatılan Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı, intihar girişimi sonrası bireye uygun zamanda psikososyal destek verilmesini, vakaların kayıt altına alınmasını ve müdahalelerin standartlaştırılmasını amaçlamaktadır.

İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde yapılandırılan Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlıklarının "intiharı azaltmak ve intiharı önleme konusunda farkındalık oluşturulması için çalışmalar yürütmek" görevleri arasındadır. Bu nedenle, Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlıkları, illerde intiharla mücadele konusunda faaliyet yürüten kurum ve kuruluşların bir araya geldiği "İntihar Önleme İl Koordinasyon Kurulu" toplantılarını koordine etmekte ve bu alanda sürdürülen faaliyetlerin takibini yürütmektedir. Tamamlanmış intihar vakalarını ve intihar girişimlerini önlemede en önemli adımlardan birisi kurumlar arası iş birliğinin ve veri paylaşımının etkin bir şekilde sağlanması ve bu anlayışın kurumsal bir kültür şeklinde bütün taraflarca sürdürülmesidir. Buradan hareketle, illerde Valilik bünyesinde oluşturulan intihar önleme il koordinasyon kurullarının ve bu kurullarda

görev alan kurumların daha aktif ve sistemli bir şekilde çalışması gerektiği değerlendirilmektedir. Bu kurumlar içerisinde özellikle Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve de Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının ve de bu kurumların taşra teşkilatlarının koordineli bir şekilde çalışması ve bu alanda koruyucu, önleyici ve risk odaklı bir hizmet modelini hayata geçirmeleri önemlidir.

İntiharı önleme konusunda psikolojik ve sosyal boyutları da içine alan interdisipliner ulusal programların geliştirilmesi önemlidir. Ulusal startejiler de belirlenirken DSÖ dört temel müdahale alanına odaklanılmalıdır.

İntihar Yöntemlerine Erişimin Sınırlandırılması: Zehirli ilaçlar, ateşli silahlar ve diğer riskli yöntemlere ulaşımın kısıtlanması.

Medyada Sorumlu Haberleştirme: Medyanın, intihar olaylarını sorumlu bir şekilde haberleştirmesi ve bu konuda toplumsal bilinç oluşturulması.

Gençlerde Sosyo-Duygusal Yaşam Becerilerinin Geliştirilmesi: Özellikle gençlerde psikososyal iyilik halini destekleyecek beceri eğitimlerinin teşvik edilmesi.

Erken Teşhis ve Destek: İntihar düşüncesi veya kendine zarar verme eyleminden etkilenen herkese erken teşhis ve uygun tedavi/destek hizmetlerinin sağlanması.

Sonuç ve Öneriler

Yapılan çalışmalar, intiharı önleme çabalarının başarılı olması için tekil uygulamalardan ziyade, çok boyutlu yaklaşımla değerlendirilmesi, sistematik ve ulusal bir politika zeminine oturtulması gerektiğini göstermektedir. Japonya'nın 2006'da Temel İntiharla Mücadele Yasası ile bunu kurumsal zemine oturtması ve Finlandiya'nın 36 maddelik kapsamlı programı, bu yaklaşımların etkinliğini kanıtlamıştır.

Ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak hizmetlerine entegrasyonu için çalışanlara ruhsal hastalıkların tanı, tedavi ve takipleri hakkında sürekli hizmet içi eğitim planlanmalıdır. Evde sağlık hizmetleri ve toplum ruh sağlığı hizmetleri, bağımlılık tedavisi hizmet modeli gibi toplum temelli uygulamalar ile damgalama ve ayrımcılıkla mücadele, intiharı erken tanıma gibi riskli gruplara yönelik yürütülmekte olan koruyucu ruh sağlığı programlarının aile hekimliği sistemine entegrasyonunun sağlanması önemlidir. Bu amaçla aile hekimlerine ve birinci basamak çalışanlarına bu sistemler ve kurumları hakkında bilgi verilmeli ve iş birliği için tedbirler alınmalıdır. İntihar riski taşıyan bireylerle en sık temas eden aile hekimleri, öğretmenler, din görevlileri ve muhtarlar gibi kişilerin intiharın erken belirtileri, risk değerlendirmesi ve kriz müdahalesi konularında farkındalıklarının artırılması önemlidir.

Erken teşhis ve müdahale için aile sağlığı merkezleri, okullar ve üniversite/KYK yurtları gibi kilit kurumlarda düzenli olarak intihar farkındalık programlarının sürdürülmesi, risk ölçeklerinin uygulanması ve değerlendirilmesi önemli bir adımdır. Riskli olarak tespit edilen grupların, Japonya'da uygulandığı gibi erken tespit edilip tedavi sürecine başlanması amacıyla Psikiyatri ve Psikososyal destek birimlerine yönlendirilmesi sağlanmalıdır.

Kriz anındaki bireylere hızlı, kolay ve anonim erişim noktası sağlamak amacıyla 7/24 psikososyal destek sunan bir telefon hattı (Örn: ALO 171 benzeri) kurulabilir. Bu hat üzerinden intihar düşüncesi veya eğilimi olan kişilerin aktif takip ve izleminin yürütülmesi, psikolojik destek mekanizmalarının kullanılmasının sağlanması oldukça kritiktir. Ayrıca sosyal medya platformlarında ve SMS/WhatsApp kanalı gibi yeni dijital yaklaşımların da sisteme entegrasyonunu sağlanabilir.

DSÖ'nün temel müdahalelerinden biri olan Medyada Sorumlu Haberleştirme, intiharın romantize edilmesini ve taklit davranışını (Werther etkisi) önlemede esastır. Bu nedenle intihar konulu haberlerin paylaşımı konusunda medya çalışanlarının düzenli eğitimlerden geçirilmesi ve etik rehberlere uyumun zorunlu tutulması önemlidir.

Gençlerde sosyo-duygusal yaşam becerilerinin geliştirilmesi, intiharı önlemede birincil koruyucu faktör olarak DSÖ tarafından vurgulanmaktadır. Yaşam Becerileri Eğitimleri, Çatışma Yönetimi ve Psikoeğitimlerle öğrencilere planlanabilir. Ergenlerde intihar girişimleri ve tamamlanmış intiharların artması nedeniyle intiharı önleme programlarının okul, toplumsal alan ve sağlık sistemi olmak üzere üç ana alanda da planlanması gerekmektedir. Ergenlerin zamanlarının büyük bir çoğunluğunu okul ortamında geçirmesi nedeniyle okul temelli önleyici rehberlik çalışmaları oldukça öneme sahiptir. Bu nedenle okul ruh sağlığı programlarının geliştirilmesi ve kuramlar arası koordinasyon artırılmalıdır.

Kaynaklar

1. *https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2024-54195*
2. *Suicide prevention – LIVE LIFE: An implementation guide (WHO/MSD/MER/19.3). Dünya Sağlık Örgütü.*
3. *Ulusal Ruh Saglıgı Eylem Planı, 2011-2023*
4. *World Health Organization (2014). Preventing suicide: a global imperative. Cenevre:*
5. *Motohashi, Y., Nomura, K., & Takano, T. (2016). Community-based suicide prevention program in Japan using a health promotion approach. Asia Pacific Journal of Public Health, 28(2), 173-181.*
6. *European Brain Council. (2025). National mental health strategy: Finland https://www.braincouncil.eu/wp-content/uploads/2025/08/Finland_Mental-Health.pdf*
7. *https://spcd.aile.gov.tr/media/koqnotyk/makale-1.pdf*
8. *Siyez D, ergenlik döneminde intihar girişimleri, Bir gözden geçirme, https://dergipark.org.tr/tr/pub/kefdergi/issue/49104/626615*

SÖZLÜ BİLDİRİLER

Resilient Systems
Healthy Community



Dirençli Sistemler
Sağlıklı Toplum

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S001]
DEPREME HAZIRLIKLI OLMA İLE DEPREM ANKSİYETESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ: ADANA ÖRNEĞİ

***Ayşe İnaltekin**, Burak Mete, Kübra Tok Aslanhan, Ferdi Tanır*
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Depremler, dünya genelinde en yıkıcı afetlerden birisidir. Türkiye gibi aktif fay hatları üzerinde olan ülkelerde deprem riski yüksektir ve toplumda deprem anksiyetesi olarak kendini gösterebilmektedir. Bu durum günlük yaşam aktivitelerini, psikolojik sağlığı ve genel refahı olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Depreme hazırlıklı olma durumu ise bireylerin deprem öncesinde, sırasında ve sonrasında alması gereken önlemleri ve geliştirilmesi gereken davranışları kapsar. Bu hazırlıklar, can ve mal kaybını en aza indirmeyi, afet sonrası toparlanmayı hızlandırmayı ve bireylerin afetlere karşı direncini artırmayı hedefler. Hazırlıklı olma durumu sadece fiziksel önlemleri değil, aynı zamanda psikolojik hazırlığı ve toplumsal farkındalığı da içerir. Depreme hazırlıklı olan kişilerin daha düşük anksiyete yaşamaları ya da anksiyetesi yüksek kişilerin depreme daha hazırlıklı olma davranışı sergilemesi beklenebilir. Bazen de fazla anksiyete yaşamak hazırlıklı olma durumunu olumsuz etkileyebilir. Bu kapsama bağlı olarak çalışmamızda, deprem anksiyetesi ile depreme hazırlıklı olma arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Kesitsel tipteki araştırmamızın evrenini Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı uygulama eğitimi alanlarından Solaklı, Karataş, Doğankent ve Havutlu Aile Sağlığı Merkezi bölgesi ile Adana il merkezinde yaşayan daha önce en az bir deprem yaşamış >= 18 yaş erişkinler oluşturmaktadır. Etik kurul onayı alınmıştır. Openepi menü kullanılarak p: %50, hata payı d: %5 ve design effect:1 alınarak yapılan örneklem hesabı analizi ile minimum örneklem sayısı 385 bulunmuş, kolayda örneklem yöntemiyle 573 kişiye ulaşılmıştır. Çalışmaya dahil edilen kişilerle yüz yüze görüşülerek kişisel onam alınmış ve anket uygulanmıştır. Veri toplama formunda katılımcının sosyo-demografik özellikleri ile ilgili sorular, yaşadıkları deprem sayısı, son yaşadıkları depremde bulundukları yer, evlerinin hasar durumu, yakınını kaybetme durumları, fiziksel yaralanma yaşama durumları ile hazırlıklı olma durumları ile ilgili sorular, deprem anksiyetesi ölçeği (DAÖ) ve depreme hazırlıklı olma davranışı ölçeği (DHODÖ) bulunmaktadır. Bağımlı değişkenler depreme hazırlıklı olma davranışı ile deprem anksiyetesi durumudur. Bağımsız değişkenler cinsiyet, eğitim durumu, yaşadığı deprem sayısı, yaşadığı konut tipi, depremde fiziksel olarak yaralanma, depremde yakınını kaybetme, depreme kendini hazırlıklı hissetme durumudur. Analizler SPSS 21'de yapılmıştır. Nitel veriler sayı, yüzde olarak; nicel veriler aritmetik ortalama, standart sapma, medyan, range olarak verilmiştir. Analizlerde Mann-whitney u, Kruskal Wallis testleri yapılmış, Spearman korelasyon bakılmıştır. General linear regresyon analizi yapılmıştır. İstatistiksel olarak p <0.05 değeri anlamlı kabul edilmiştir

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen 573 katılımcının yaş ortalaması 36,76±14,17(median:34 min:18 max:84)'dir. %57,6'sı kadındır, %57,4'ü evli, %68,6'sı lise ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir. %40,1'i il merkezinde yaşamaktadır. %47,3'ü apartmanda yaşamaktadır. Katılımcıların yaşadığı deprem sayısı median:2 (min-max:1-15)'dir. %70,7'sinin konutu, yaşadığı son depremde hasar almamıştır. Katılımcıların DAÖ'den aldıkları toplam puan: 21,5±8,9 olup %11,3'ü yüksek deprem anksiyetesi düzeyine sahiptir. DHODÖ'den alınan toplam puan: 8,2±3,9, malzeme olarak hazırlıklı olma alt boyutu puanı: 3,08±2,01, davranışsal olarak hazırlıklı olma alt boyutu puanı: 2,49±1,66, farkındalık olarak hazırlıklı olma alt boyutu puanı: 2,71±1,77'dir. DAÖ toplam puanı kadınlarda, il merkezinde yaşayanlarda, apartmanda yaşayanlarda, son yaşadığı depremde fiziksel olarak yaralananlarda ve evi hasar alanlarda daha yüksek bulunmuştur. DHODÖ toplam puanı il ve ilçe merkezinde yaşayanlarda (köy/

beldede yaşayanlara göre), eğitim durumu lise ve üzeri olan kişilerde, apartmanda yaşayanlarda ve deprem anksiyetesi düzeyi orta-yüksek olanlarda (düşük olanlara göre) daha yüksek bulunmuştur. DAÖ'den alınan toplam puan ile DHODÖ toplam ve davranışsal olarak hazırlıklı olma alt boyutu puanı arasında pozitif yönde, çok zayıf anlamlı bir korelasyon vardı (sırasıyla r:0,108, p:0,010 ve r:0,185 p<0,001). Diğer alt boyut puanları ile anlamlı bir korelasyon bulunmamaktadır. DAÖ toplam puanını etkileyebilecek bazı değişkenlerle general linear regresyon analizi yapılmış ve model anlamlı bulunmuştur ($F(6,566)=15.19$, $p<0.001$) ve değişkenler DAÖ toplam puanındaki varyansın %13'ünü açıklamaktadır ($R^2=0.139$). Cinsiyet ($\beta=0.56$, $p<0.001$), DHODÖ davranışsal olarak hazırlıklı olma alt boyutu ($\beta=0.19$, $p<0.001$), yaş ($\beta=-0.10$, $p=0.016$) ve evin hasar durumu ($\beta=0.19$, $p=0.029$) DAÖ toplam puanını anlamlı biçimde etkilenmiştir. En güçlü etki cinsiyete ait olup ($\eta^2p=0.079$), kadınların DAÖ puanlarının erkeklerden yüksek olduğu görülmüştür.

Sonuç ve Öneriler

Deprem anksiyetesi arttıkça depreme hazırlıklı olma davranışı düzeyi artmaktadır. Katılımcıların yaklaşık yarısı orta ve yüksek düzey anksiyete yaşarken, hazırlıklı olma davranışı düzeyleri yüksek değildir. Belli seviyede deprem anksiyetesi yaşamak, hazırlıklı olmayı beraberinde getirmesi açısından önemli olabilir. Ancak anksiyete yaşamadan hazırlıklı olma davranışının toplumsal kültürümüz olmasını sağlamak, toplum ruh sağlığı ve deprem risklerinden korunma açısından önemlidir. Bu yönde farkındalık çalışmaları yapılmasının uygun olacağı kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: Afet, depreme hazırlık, toplum ruh sağlığı

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S002]
2025 BİLECİK ORMAN YANGINLARINDA HAVADAKİ EK $PM_{2.5}$ KİRLİLİĞİNİN GAM MODELİYLE TAHMİNİ

***Melike Kutlu**, Abdullah Uçar, Elif Köse*
Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

İklim değişikliğiyle birlikte orman yangınlarının sıklığı ve şiddeti küresel ölçekte artmakta, açığa çıkan ince partikül madde ($PM_{2.5}$) miktarı ve maruziyeti Dünya Sağlık Örgütü sınır değerlerini aşarak ciddi toplum sağlığı riskleri oluşturmaktadır. $PM_{2.5}$ artışı astım ve KOAH alevlenmeleri gibi akut solunum etkilerinde, iskemik kalp hastalığı ve miyokard enfarktüsü gibi kardiyovasküler olaylarda artışa yol açabilmektedir. Yangın kaynaklı $PM_{2.5}$ artışının rutin $PM_{2.5}$ kirliliğinden daha fazla risk oluşturduğu literatürde tanımlanmıştır. Bu çalışmada, 2025'te Bilecik'te meydana gelen iki büyük orman yangınında gözlenen $PM_{2.5}$ düzeylerindeki ek artış tahmin edilmiştir.

Gereç-Yöntem

Bu çalışma, ekolojik zaman serisi analizidir. Bilecik'te 27 Haziran 2025'te ve Sakarya'da 20 Temmuz 2025'te başlayan orman yangınlarında $PM_{2.5}$ artışını tahmin etmek için Ulusal Hava Kalitesi İzleme Ağı (UHKİA)'na ait 49 istasyonun günlük verileri (n=8.669) incelenmiş; belirgin artış saptanan 18 istasyonun saatlik verileri (n=147.910) analiz edilmiştir. NASA Worldview haritalarında sıcaklık anomalisi gözlenen bölgelere göre üç yangın dönemi(YD) tanımlanmıştır: YD1 (27 Haz.–1 Tem.), YD2 (20–26 Tem.) ve YD3 (26 Tem.–1 Ağu). YD1 ve YD2 Bilecik yangınlarının periyodu iken YD3 Bilecik dışında çevre bölgelerdeki yangınlarından kaynaklı $PM_{2.5}$ dalgası dönemini ifade etmektedir. İstasyon bazında ölçülen saatlik $PM_{2.5}$ konsantrasyonu çalışmanın bağımlı değişkenidir. Bağımsız değişkenler ise yangın dönemindeki zaman aralıkları, farklı yangın dönemleri, istasyon sabit etkileridir. Analiz edilen her dönemde geçmiş 3 yıla ait $PM_{2.5}$ değerleri ile Genelleştirilmiş Katkı Modeli (GAM) kullanılarak beklenen değer trendi %95 güven aralığı ile tahmin edilmiştir. Her dönemdeki $PM_{2.5}$ için; şiddet (saatlik pik değer), ek kirlilik ($PM_{2.5}$excess), maruziyet oranı ($PM_{2.5}$excess/ $PM_{2.5}$expected) ve $PM_{2.5}$ dalga süreleri hesaplanmıştır.

Bulgular

Üç yangın döneminde 18 istasyonda $PM_{2.5}$ konsantrasyonları belirgin biçimde artmıştır. YD1 döneminde sinyal alınan istasyonlarda (n=6) saatlik ve 24 saatlik pik medyan değerleri sırasıyla 77,4 µg/m^3 ve 34,1 µg/m^3, maruziyet oranı medyanı ise 2,1'dir. Odunpazarı'nda $PM_{2.5}$ saatlik pik değer beklenen değerin 23,8 katıdır. 24 saatlik ortalamada pik değeri DSÖ sınırının 3,9 katıdır. Vişnepark istasyonunda saatlik pik değer beklenenin 18,5 katıdır, 24 saatlik ortalamada pik değer DSÖ sınırının 2,88 katıdır. YD1'de $PM_{2.5}$ dalgası ortanca 30,5 saat sürmüştür.

YD2 döneminde 12 istasyonda sinyal alınmıştır. En yüksek değer Bilecik-Bozüyük-MTHM istasyonunda ölçülmüştür (144,5 µg/m^3), 24 saatlik ortalama pik değeri DSÖ sınırının 4,96 katıdır. Bu dönemde $PM_{2.5}$ dalgası ortanca 66,0 saat sürmüştür.

YD3 döneminde 18 istasyonda daha düşük düzeyde ancak uzun süren artış gözlenmiştir. En yüksek değer Bilecik-Bozüyük-MTHM istasyonunda (148,2 µg/m^3) ölçülmüştür ve 24 saatlik ortalama pik değeri DSÖ sınırının 3,52 katıdır. Maruziyet oranı pik değeri 1,74'tür. YD3'te $PM_{2.5}$ dalgası ortanca 72,5 saat sürmüştür.

Üç dönem birlikte değerlendirildiğinde, yangın kaynaklı $PM_{2.5}$ şiddeti beklenen düzeylerin medyan olarak 3,5–6,8 katı, maruziyet oranı ise 0,9–6,1 kat aralığında yüksek değerlere ulaşmıştır. En yüksek şiddet YD1'de, en uzun süreli maruziyet ise YD2 ve YD3 dönemlerinde gözlenmiştir.

Sonuç ve Öneriler

Türkiye'de 2025 yazındaki orman yangınları, Bilecik ve çevresinde $PM_{2.5}$ düzeylerini DSÖ sınırlarının üzerine çıkararak ciddi bir riski oluşturmuştur. Özellikle YD1 döneminde şiddet ve maruziyetin en yüksek değerlere ulaştığı, YD3 döneminde ise artışın bölgesel fakat daha sınırlı kaldığı görülmektedir. Bulgular, orman yangınlarının yalnızca ekolojik değil, akut halk sağlığı açısından da acil müdahale gerektiren bir tehdit olduğunu göstermektedir. Çalışma, istasyon bazlı çevresel veriler kullanılarak yürütüldüğünden, bireysel maruziyet veya doğrudan sağlık verisine dayalı bir nedensellik kurulamaz. Ayrıca istasyon dağılımı, meteorolojik değişkenlerin sınırlı kullanımı ve kısa dönemli analiz çalışmanın başlıca sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Yangın dönemlerindeki $PM_{2.5}$ artışlarının acil servis başvuruları, hastane yatışları, mortalite ve bireysel maruziyet ölçümleri ile ilişkisi ileri araştırmalarla sınanmalıdır. Yangınları müteakip erken uyarı, hassas gruplara koruyucu önlemler ve duman maruziyetini azaltan yerel eylem planları gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Fazladan kirlilik (excess pollution), Genelleştirilmiş katkı modeli (GAM), $PM_{2.5}$, orman yangınları

TAM METİN SÖZLÜ BİLDİRİ

[S003]
KÜRESEL ÇERÇEVEDE VE TÜRKİYE ÖZELİNDE AFET POLİTİKALARI İLE TARİHSEL GELİŞİMİ

Ali Ayberk Arıcan, ***Nergiz Sevinc, Erkay Nacar***
Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Özet

Erken dönemlerde afetlerin ilahi güçlere bağlandığı ve müdahalenin sınırlı olduğu zamanlardan itibaren afet politikaları zamanla gelişmiştir. Süreçle devletlerin sorumluluğu artmış ve çeşitli önleyici çalışmalarla etkilerini göstermiştir. Modern dönemlerle şehir planlaması, toplum sağlığı ve bilimsel faaliyetlerin artışı ile afetler daha müdahale edilebilir bir hale gelmiştir.

Birleşmiş Milletler (BM) liderliğinde zamanla müdahale odağından risk azaltmaya evrilen küresel afet politikaları, özellikle 1970'lerden sonra Yokohama, Hyogo ve Sendai çerçeveleri aracılığıyla proaktiflik ve dirençlilik temeline oturtulmuştur.

Türkiye'de afet yönetimi uzun bir süre boyunca reaktif kalmıştır ve politikaları yara sarma üzerine olmuştur. 1939 Erzincan depremi ile çeşitli yasalar çıkarılarak mücadele edilmeye çalışılmıştır fakat bu dönemde çıkarılan yasalar önleyici yaklaşımdan uzak müdahale odaklı yaklaşımlardır. 1999 Marmara depremleri dağınık olan kurumsal yapının toplanması ihtiyacı fark edilmiş kriz yönetimi anlayışından risk yönetimi anlayışına geçişi zorunlu kılmıştır. Bunun üzerine 2009'da Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) kurulmuş ve Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP) ile Türkiye Afet Risk Azaltma Planı (TARAP) gibi çeşitli ulusal planlar oluşturulmuştur. 2023 Kahramanmaraş depremleri, bu stratejilerin sahadaki büyük ölçekli bir afet karşısında uygulanabilirliğindeki zayıflıkları göstermiştir. Sonuç olarak, politikaların kâğıt üzerinde kalmadığı, halkın katılımının sağlandığı ve tavizsiz denetim mekanizmalarının işletildiği bir risk azaltma kültürü oluşturulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Afet, politika, müdahale, risk, yönetim

Giriş

Birleşmiş milletler afeti; çeşitli tehlikeli olayların, toplumun bu tehlikelere maruz kalma durumu, savunmasızlık düzeyi ve başa çıkma kapasitesiyle etkileşimi sonucunda, normal işleyişin ciddi şekilde bozulmasına neden olan ve insan kayıpları, ekonomik zararlar, sosyal ve çevresel etkiler gibi olumsuz sonuçlar doğuran bir durum olarak tanımlar(1).

Afetler ulusların ilerlemesini, ekonomik yükselişini, kalkınma uğraşlarını aksatabilir ve toplumların yıllarca geriye düşmesine sebep olabilir. Bu nedenle afetlerin tamamına karşı olmasa da teknolojinin ilerlemesiyle ve politik gelişmelerle afet sebepli zararların önemli ölçüde önlenebilmesi mümkün olabilmektedir(2). Bu satırlarda da afet politikalarının tarihsel gelişimini ve günümüzde küresel ile yerel yönetimlerin bu alandaki rolleri incelenmektedir.

Afet Politikaları Tarihi:

Afet kelimesi köken olarak Arapça'dan gelmekte olup felaket anlamına gelmektedir(3). İngilizce karşılığı olan disaster kelimesi de yıldız anlamına gelen latince astrum sözcüğünden gelmektedir. Geçmişte insanlar deprem, volkan patlaması gibi durumların göklerden geldiği inancına sahipti(4).

Erken Tarihler:

İnsanoğlu gelişmek için kaynaklara yakın yerleri tercih etmiştir ancak bu durum sel, tsunami, kasırga, volkan patlaması gibi afetlere karşı onları daha kırılgan hale getirmiştir. Zamanla hükümetler ve siyasi otoriteler bu

durumlara engel olma uğraşı içine girmişlerdir. O dönemlerde afetlerin genelde tanrıların ruh hallerinden ve kendilerini cezalandırma isteklerinden dolayı kaynaklandığını düşündükleri için çeşitli ilahi ritüellerle bu tarz durumlara karşı önlem almaya çalışmışlardır. Bunun dışında afetlerden korunmanın en eski yöntemlerinden biri olan tahılları ambarlarda depolamak ile de kıtlık, sel, kuraklık gibi sebeplerle olabilecek ürün kaybını en aza indirmeyi amaçlamışlardır(5). Yine de ilk ve orta çağlarda zayıf merkezi otorite nedeniyle afet sonrası müdahale sınırlı kalmış ve sistematik bir sağlık politikası oluşamamıştır(6).

Yeni Çağdaki Gelişmeler:

Orta çağa kıyasla bu dönemde merkezi devlet yapılarının mutlakiyetleştiği ve federal devlet yapıları zayıfladığından dolayı afet politikalarında gelişmeler yaşanmıştır. Afetlerin süreklilik hali insanların adaptasyonuna sebep olmuştur. Örneğin yangınlar şehirlerde çok yıkıcı olduğu için şehirlerdeki dar sokaklar zamanla yerini geniş caddelere bırakmıştır. Binalarda kullanılan malzemeler yangına dayanıklı materyallerle değiştirilmiştir. Toplumsal yardım anlamında siyasi otoritenin ve dini yapıların üstlendiği rol artarken sorumluluk bilinçlerinin de yükseldiği görülmüştür(7).

Sanayi Devrimi ve Modernleşme Dönemi:

Sanayi devrimi ile nüfusun köylerden kentlere göçüyle şehir merkezlerinde kontrolsüz büyüme yaşanmış, bu büyüme ile altyapı eksikliklerinden kaynaklı afetlerin etkisi artış göstermiştir(8). Bu dönemde yerleşim yerleri salgın hastalıklar ile karşı karşıya kalmış ve bu durum salgınların sebeplerini sorgulatmaya başlamıştır. Örneğin John Snow kolerayı su kaynakları ile bağdaştırarak epidemiyolojinin ve afet önleme stratejilerinin gelişmesini sağlamıştır(9).

Devletler bu dönemde halk sağlığı, afet politikaları ve şehir planlamalarında sorumluluğu alarak daha organize yapıların kurulmasına öncülük etmiştir. Örneğin İngiltere'de 1848 tarihli Kamu Sağlığı Yasası ile devlet, su temini, kanalizasyon, çöp toplama ve hijyen denetimi gibi hizmetlerin yerel düzeyde uygulanmasını düzenleme yetkisini merkezde toplamıştır(10). Bir başka örnekte 1871 Chicago yangınından sonra şehirlerde yapı düzenlemelerine gidilmiş, bina standartları geliştirilmiş ve kapasitesi artırılmış organize itfaiye teşkilatı kurulmuştur(11).

Sanayi devriminde bilimsel gelişmeler yaşanmış ve iletişim altyapıları güçlenmiştir. Bilim ve teknolojideki gelişmeler afetlere yönelik anlayışın daha mantıklı ve önleyici zeminlere oturmasını sağlanmıştır. Meteorolojik cihazlar standartlaşmış, gözlem ağları kurulmuş, ayrıntılı gözlemlere dayalı haritalar oluşturulmuş, böylece hava olaylarının öngörülebilir hale gelmesi sağlanmıştır(12). Bu dönemde telgraf hatları yaygınlaşmış, basılı medya ve gazetelere kamunun erişimi kolaylaşmış ve bu sayede afetler daha müdahale edilebilir hale gelmiştir(13).

20. Yüzyıl Sonrası Afet Politikaları:

2. Dünya Savaşı sonrasında özellikle de soğuk savaş dönemi ile nükleer tehditlere karşı savunma planları oluşturulmuş ve afetlere hazırlık öncelikli hale gelmiştir. Halkın korunması için sığınıklar yapılmış ve erken uyarı sistemleri ile her türlü acil duruma hazır olunmaya çalışılmıştır(14). Birleşmiş Milletler (BM) de bu dönemde afetlere yönelik küresel anlamda politikalar geliştirmiş ve dönemsel olarak stratejilerini değiştirmiştir.

Birleşmiş Milletlerin Afetlerle İlgili Politikalarının Gelişimi:

1945'te BM'nin kurulması ile pek çok kuruluşun temeli atılmıştır. Bu dönemde temeli atılan kurumlar daha çok savaş sonrası insani yaraların sarılması, çocuk sağlığı, yetersiz beslenme ve barınma konuları üzerinedir. Henüz sistematik bir şekilde afet riski analizi çalışmaları oluşmamıştır(15).

1970'ler ile Birleşmiş Milletler ve birçok uluslararası organizasyon, afet stratejilerini yalnızca müdahale odaklı değil, risklerin azaltılmasına yönelik olarak şekillendirmeye başlamıştır. Bu doğrultuda, afet politikaları sadece insani yardım bağlamında ele alınmakla kalmamış, kalkınma ve planlama süreçleri ile de bütünleştirilmek

istenmiştir. 1971 yılında afetlerin tahmin edilmesi, önlenmesi, hükümetlere yardım edilmesi gibi başlıca konularda çalışması için Birleşmiş Milletler Afet Yardım Ofisi (UNDRO) kurulmuştur. Bu tarihlerden itibaren afetlerin kontrol altına alınması, uluslararası iş birliğinin güçlendirilmesi, güncel teknolojik gelişmelerin diğer ülkelerle etkin biçimde paylaşılması ve erken uyarı sistemlerinin geliştirilmesi gibi başlıklar öncelikli konular arasında yer almıştır. BM Genel Kurulu bu dönemde afetlere eğilimli ülkelerde özellikle 3 konuyu vurgulamıştır:

1) Hazırlık çalışmaları

2) Acil durum planlamaları

3) Önleyici tedbirler alınması (16)

1990'a gelindiğinde Uluslararası Doğal Afetleri Azaltma On Yılı (IDNDR) ilan edilmiştir. Bu kararın amacı doğal afetlerin sebep olduğu can ve mal kaybını, sosyal-ekonomik bozulmaları azaltmaktı. Kamuoyunun yazgıcılıktan uzak bir şekilde afetlerin sebep olduğu kayıpları en aza indirme konusunda farkındalığının oluşmasına katkı sağlamıştır(17). Bu kapsamda 1994 yılında Japonya'nın Yokohama kentinde düzenlenen Dünya Doğal Afetlerin Azaltılması Konferansı sonucunda Yokohama Stratejisi ve Eylem Planı kabul edilmiştir. Rehber niteliğindeki bu karar ile stratejik kılavuz ilkeler ve üye devletler için eylem planı niteliğinde öneriler sunulmuştur. Bu konferans ile afet riskinin azaltılması kavramı uluslararası politika belgelerinde kendine yer bulmuştur(18).

1999'da IDNDR'nin yerini Uluslararası Afet Azaltma Stratejisi (ISDR) almıştır. Bu strateji başlıca 2 konuya odaklanmaktadır. İlki toplumlar afetlerin etkilerine karşı dirençli hale getirilerek kırılganlıklara karşı riski düşürmek iken ikincisi ise önleme faaliyetlerini kalkınma planlarına dahil ederek risk yönetimine geçmektir(17).

2005 yılına geldiğimizde Japonya'nın Kobe şehrinde Dünya Afet Riskini Azaltma Konferansı'nda 10 yıl için Hyogo çerçevesi kabul edildi. Amacı, 2015 yılına kadar afet kayıplarını önemli ölçüde azaltmaktır. Çerçeve, savunmasız topluluklar için afet dayanıklılığını

sağlamak amacıyla yol gösterici ilkeler, eylem öncelikleri ve pratik araçlar sunmaktadır(17). Hyogo'da eylem için 5 öncelik benimsenmiştir:

1) Afet riskinin azaltılmasının yerel ve küresel öncelik hale getirilmesi

2) Risk tespiti ile erken uyarı sistemlerinin artırılması

3) Toplumlarda dayanıklılık ve güvenlik kültürünün oluşması için bilgi, inovasyon ve eğitimin kullanılması

4) Altta yatan risk faktörlerinin azaltılması

5) Her düzeyde etkili müdahaleye hazırlıklı olunması(19)

Hyogo'nun süresi dolduktan sonra, BM Üçüncü Dünya Afet Riskini Azaltma Konferansı'nda Sendai Afet Risklerinin Azaltılması Çerçevesi (2015) kabul edilmiştir. Bu çerçeve, önümüzdeki 15 yıllık dönemde afet risklerinin yanı sıra insan yaşamı, geçim kaynakları, sağlık, ekonomi, fiziksel altyapı, toplumsal yapı, kültürel miras ve çevresel değerlerde yaşanan kayıpların önemli ölçüde azaltılmasını hedeflemektedir. Bu doğrultuda 4 öncelikli eylem ortaya konmuştur:

1) Afet riskini anlaşılması

2) Afet riski yönetimini güçlendirmek

3) Dayanıklılık oluşturabilmek için afet riskini azaltmaya yatırım yapmak

4) Etkili müdahale için afetlere hazırlı olmak ve iyileştirme, rehabilitasyon ve yeniden yapılanma süreçlerinde daha dirençli olma(20)

Sendai Çerçevesi'nin kabulüyle birlikte afet risk yönetiminin, sadece afet sonrası iyileştirme faaliyetleriyle sınırlı kalmayarak yerel düzeyde anlaşılabilir, toplum katılımlı, sürdürülebilir kalkınma, iklim değişikliğiyle mücadele ve kentleşme politikalarıyla bütünleşmiş bir yapı kazanması amaçlanmıştır. Bu süreçte Birleşmiş Milletler Afet Riskini Azaltma Ofisi raporlama, izleme ve kapasite geliştirme çalışmaları ile üye devletlerin risk yönetimi kapasitelerini artırmaları için faaliyet göstermektedir(21).

Türkiye'de Afet Politikaları:

Türkiye deprem, sel, taşkın, heyelan gibi birçok afet türü ile tarih boyunca mücadele etmek zorunda kalmıştır. Bu sebeple afet politikalarının süreç içinde devamlı olarak gelişmesi bir zorunluluk halini almıştır. Tarihimizde afet yönetimi konusunda yapılan ilk düzenleme olarak 1509 senesinde binlerce insanın yaşamını yitirdiği İstanbul depreminden sonra II. Beyazıd'ın hasar gören evlerin imarı ve etkilenen insanlara maddi yardımı için çıkardığı ferman örnek gösterilebilir(22). Cumhuriyetin afetlere yönelik attığı ilk adım da Mübadele, İmar ve İskân Bakanlığı'nın kuruluşu olarak söylenebilir. İlk dönemlerde imar ve denetleme konusunda yetki belediyelere bırakılmıştır. 1580 Sayılı Belediye Kanunu ile belediyelerin görevi arasında imar denetimi, yerleşme ve ihtiyaç sahiplerinin barınma ihtiyacını gidermek ile ilgili maddeler bulunmaktadır(23).

Cumhuriyetin ilanını takiben kayıtlara geçen ilk büyük doğal afet olma özelliğini taşıyan 5-7 Temmuz 1929 tarihli Doğu Karadeniz heyelanı, bölgenin jeomorfolojik yapısının ve iklimsel koşullarının neden olduğu önemli bir çevresel olaydır. Resmî açıklamalara göre heyelan sebebiyle 147 vatandaş hayatını kaybetmiştir. Bu felaketten uzun bir süre boyunca kimsenin haberi olmamış, ilk müdahale konusunda belirgin bir şekilde geç kalınmıştır. Meydana gelen

bu olay ulusal basına ancak 1 hafta sonra yansıyabilmiştir(24). Deprem özelinde bakacak olursak Cumhuriyet'in ilk döneminde yaşadığı en büyük felaket 1939'da Erzincan'da yaşanmıştır. Kandilli Rasathanesi'ne göre depremin şiddeti 7.9 olarak ölçülmüştür. 400 km'ye varan bir bölgede hasar meydana gelmiştir. Binlerce kişi etkilenmiş ve göç etmek durumunda kalmıştır(25). Söz konusu dönemde, afet risk yönetiminin risk azaltma, hazırlık ve planlama gibi temel bileşenlerine yönelik herhangi bir düzenleme yapılmamış öncelikli olarak daha çok müdahaleci ve reaktif bir yaklaşım uygulanmıştır. Bu dönemde afetlerle ilgili özel düzenleme yerine, olay meydana geldikten sonra çıkarılan düzenleyici kararlarla müdahale edilmiştir(26). Bu dönemden sonraki dönemlerde çeşitli kanun ve yönetmelikler ile afetlerin etkileri azaltılmaya çalışılmış ve korunma için stratejiler geliştirilmiştir(23). 1940 senesinde Erzincan ve çevre illerde depremin hasarlarına yönelik olarak 3773 sayılı "Erzincan'da ve Erzincan Depreminden Müteessir Olan Mıntıkalarda Zarar Görenlere Yapılacak Yardımlar Hakkında Kanun" adıyla özel bir kanun çıkartılmıştır. 1944'e kadar olan süreçte ülkenin farklı bölgelerinde peşi sıra meydana gelen depremlerden sonra (1942 Niksar-Erbaa, 1943 Adapazarı-Hendek, 1943 Tosya-Lâdik ve 1944 Bolu-Gerede) bir dönüm noktası olarak 4623 sayılı "Yer Sarsıntılarından Evvel ve Sonra Alınacak Tedbirler Hakkında Kanunu" çıkarılmıştır. Türkiye'de deprem tehlikesi ve riskinin belirlenmesi ile risklerin azaltılması amacıyla, merkezi ve yerel düzeylerde nasıl örgütleneceği ve yerleşim alanları ile yapılaşmaların nasıl denetleneceğini düzenleyen ilk yasal metin, bu kanun olmuştur(27). Daha sonraki süreçte 1953 senesinde 6188 sayılı Bina Yapımını Teşvik ve İzinsiz Yapılan Binalar Hakkında Kanun çıkarılmıştır(28). Yine 1953 yılında, Yapı ve İmar Reisliği çatısında Deprem Bürosu faaliyete geçirilmiştir. Bu büro, 1955 yılında Deprem, Sel, Yangın (DE-SE-YA) Şubesine dönüştürülmüş ve afet zararlarının azaltılmasına ilişkin çalışmalar bundan sonra bu şubenin kapsamı altında gerçekleştirilmiştir(22).

1959 senesinde eksik olan ihtiyaçlar gözetilerek 7269 sayılı "Umumi Hayata Müessir Afetler Dolayısıyla Alınacak Tedbirlerle Yapılacak Yardımlara Dair Kanun" çıkarılmıştır. 4623 sayılı yasayı yürürlükten kaldıran bu kanun dönemin en temel yasal çerçevesini oluşturmuştur(29). Kanun, hasar tespiti, enkaz kaldırma, hak sahipliği belirleme ve afetzedelere kalıcı konut yapımı gibi iyileştirme faaliyetlerini düzenlerken, risklerin azaltılmasına yönelik proaktif önlemleri yeterince içermiyordu. Bu dönemdeki kurumsal yapı da oldukça dağınıktır. Afetlerle ilgili görev ve sorumluluklar, tek bir çatı altında toplanmak yerine Bayındırlık ve İskân Bakanlığı, Kızılay, İçişleri bakanlığı gibi farklı kurumlar arasında paylaştırılmıştır. Afet anında koordinasyon sorunlarına ve müdahalede gecikmelere yol açan çok başlılık 1988'de yürürlüğe giren Afetlere İlişkin Acil

Yardım Teşkilatı ve Planlama Esaslarına Dair Yönetmelik ile çözülmeye çalışılmıştır. 26 sene yürürlükte kalacak olan bu yönetmelik ile, bir afet meydana gelmesi halinde devlet güçlerinin afet bölgesine en hızlı şekilde ulaşması ve afetzede vatandaşlara en etkin acil yardımın yapılması hedeflenmektedir; bu amaçla devletin tüm güç ve kaynakları önceden planlanarak acil yardım teşkilatlarının görevleri belirlenmiştir(30).

Bir Milat: 1999 Depremleri

17 Ağustos ve 12 Kasım 1999 tarihlerinde meydana gelen Marmara Depremleri, on binlerce insanın hayatını kaybetmesine ve çok büyük ekonomik kayıplara neden olarak Türkiye'nin afet yönetimi tarihindeki en travmatik olaylardan biri olmuştur. Bu depremler, devletin afetlere

hazırlıksızlığını, koordinasyon eksikliğini ve kurumlar arasındaki yetki kargaşasını gözler önüne sermiştir. Müdahale ve koordinasyondaki eksiklikler, kamuoyunda ve devlet nezdinde ciddi bir sorgulamaya yol açmış ve afet yönetimi alanında köklü bir reform ihtiyacını doğurmuştur(31).

1999 depremleri afet yönetiminde merkezi ve yerel düzeyde kurumlar arası koordinasyon boşluklarını net şekilde göstermiş, mevzuatta "her afet için ayrı düzenleme" yaklaşımının yetersizliğini ortaya koymuştur. Depremlerin ardından, ülkenin afet yönetimi sistemindeki kurumsal ve yasal eksiklikleri gidermek ve depremin yarattığı sorunları çözmek amacıyla bir dizi yasal düzenleme yapılmıştır. Bu düzenlemeler, 4452 Sayılı Yetki Kanunu'na dayanılarak 2000 yılı temmuz ayına kadar olan dönemde kanun, Kanun Hükmünde Kararname (KHK), tüzük ve yönetmelik olarak hayata geçirilmiştir. Ardından 587 sayılı KHK ile Zorunlu Deprem Sigortası sistemi kurulmuş, bu kapsamda Doğal Afet Sigortaları Kurumu (DASK) teşkil edilmiştir(32).

1999 sonrası dönem, afet yönetiminde risk azaltma ve hazırlık kavramlarının önem kazanmaya başladığı bir geçiş süreci olarak nitelendirilebilir. Bu dönemde atılan adımlar, nihai çözümün merkezi ve tek yetkili bir kurumun oluşturulmasında görülmüştür. Türkiye'nin afet politikalarındaki en radikal dönüşüm, 2009 yılında 5902 sayılı Kanun ile Başbakanlığa bağlı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı'nın (AFAD) kurulmasıyla gerçekleşmiştir. AFAD'ın kurulmasıyla birlikte, afet ve acil durumlarla ilgili daha önce farklı bakanlıklar ve kurumlar tarafından yürütülen görev, yetki ve sorumluluklar tek bir çatı altında toplanmıştır. Bu hamle, dağınık kurumsal yapıyı ortadan kaldırarak afet yönetiminde bütünleşik bir yaklaşımın benimsenmesini amaçlamıştır. AFAD'ın kurulmasıyla Türkiye, kriz yönetimi modelinden risk yönetimi modeline geçiş yapmıştır. Bu yeni model, afetlerin sadece müdahale edilecek birer olay değil, aynı zamanda önlenebilir ve etkileri azaltılabilir riskler olduğu anlayışına dayanmaktadır. Bu yaklaşım, afet döngüsünün tüm aşamalarını (risk ve zarar azaltma, hazırlık, müdahale, iyileştirme) kapsar(31). Yeni dönemde iki temel plan öne çıkmaktadır:

1) Türkiye Afet Müdahale Planı (TAMP): Afet ve acil durumlara müdahalede görev alacak tüm paydaşların (kamu kurumları, özel sektör, sivil toplum kuruluşları) rollerini, sorumluluklarını ve özellikle yerel düzeydeki koordinasyon esaslarını belirleyen operasyonel bir plandır(33).

2) Türkiye Afet Risk Azaltma Planı (TARAP): Türkiye'nin afet risklerini belirleyerek bu riskleri önlemek veya etkilerini azaltmak için eylemler ve hedefler ortaya koyan stratejik bir belgedir. Bu plan, Türkiye'nin proaktif afet yönetimi anlayışını somutlaştıran belgelerden biridir(34).

2023 Kahramanmaraş Depremleri:

AFAD ve TAMP/TARAP ile oluşturulan bütünleşik afet stratejisi en büyük sınavını 2023 Kahramanmaraş merkezli depremler ile vermiştir. 11 ili doğrudan etkileyen bu felaket kâğıt üzerindeki politika ve planların sahadaki gerçekliklerle ne derece eşleştiğini gözler önüne sermiştir. Çok geniş bir coğrafyada yaşanan bu afet ilk 72 saat içindeki müdahalenin etkin bir koordinasyon içinde sağlanabilmesini zorlamıştır. Lojistik aksaklıklar, iletişim sorunları ve merkez yapının yerel dinamikleri harekete geçirmedeki yavaşlığı, TAMP'ın bu ölçekteki bir afete karşı uygulanabilirliği konusunda kafada soru işaretlerini ortaya çıkarmıştır(35).

TARAP 6 Şubat 2023 depremlerinde amacına ne yazık ki tam anlamı ile ulaşamamıştır. Başarısızlığının temelinde, felaketin büyüklüğüne uygun bir hazırlık ve yönetim kapasitesinin geliştirilememiş olmasından

kaynaklandığı söylenebilir. Depremin geniş bir alanda yarattığı yıkım, standart müdahale planlarını işlevsiz kılmıştır. Sorunun kaynağında, uzmanların ısrarlı uyarılarına rağmen, bu ölçekteki bir depremin yaratacağı operasyonel risklerin doğru tahmin edilememesi ve bu risklere karşı alternatif bir eylem planının oluşturulmamış olması bulunmaktadır. TARAP'ın öngörülen risklere karşı esnek ve çok katmanlı bir planlama yapamaması, sahadaki müdahalenin etkinliğini büyük ölçüde düşürmüştür(31).

Türkiye'nin afet politikaları tarihi, acı tecrübelerle öğrenilen dersler sonucunda reaktif bir modelden proaktif bir modele doğru evrilmiştir. Başlarda afet sonrası "yara sarma" anlayışının hâkim olduğu dönem yıllar içinde son bulmuştur.1999 depremlerinin yaşattığı milat, dağınık yapıyı merkezi bir koordinasyona, kriz yönetimi anlayışını ise bütünleşik risk yönetimi anlayışına dönüştüren reformları tetiklemiştir. 2009'da AFAD'ın kurulması bu dönüşümün en somut adımı olmuştur. Ancak, 2023 Kahramanmaraş Depremleri, kâğıt üzerindeki bu paradigmatik değişimin sahadaki uygulamalara ne ölçüde yansıdığına dair ciddi soruları gündeme getirmiştir.

Sonuç ve Öneriler

Afet politikalarının tarihsel seyri, olayların ilahi bir takdir olarak görüldüğü pasif bir kabullenişten, risklerin bilimsel yöntemlerle yönetilebileceği proaktif bir anlayışa doğru ilerleyen zorlu bir süreç içinde ilerlemiştir. Bu süreç teknolojik ilerlemeler, devletlerin merkezileşmesi ve afetlerden elde edilen deneyimlerle şekillenmiştir. Küresel afet politikaları da son 60 yılda Birleşmiş Milletler öncülüğünde gelişen Yokohama, Hyogo ve Sendai Çerçeveleri ile büyük bir dönüşüm geçirerek reaktif müdahaleden, proaktif risk yönetimi ve dirençlilik inşasına evrilmiştir. Türkiye de bu küresel dönüşüme paralel olarak, özellikle 1999 ve 2023 depremleri gibi acı tecrübelerle kendi afet yönetimi stratejilerini geliştirmiştir. AFAD'ın kurulması ve ulusal stratejik planların oluşturulması, bu değişimin en net göstergelerin biri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Ülkece 2023'te yaşadığımız büyük felaket, küresel ilkelerin politikalara başarılı bir şekilde entegre olmasına rağmen afet politikalarının yalnızca müdahale planlarından ibaret olmadığını; temel meselenin, siyasi irade ile desteklenen, kesinlikle taviz verilmeden işleyen denetim mekanizmalarıyla ve halkın her parçasının katılımını sağlayan bir risk azaltma kültürü oluşturmaktan geçtiğini göstermiştir. Geleceğe dönük olarak, merkezi stratejiler ile yerel uygulamaların da güçlendirilmesi, toplum katılımının artırılması ve bilim temelli politikaların uygulanması, Türkiye'nin afet yönetim kapasitesinin daha da artırılması açısından kritik bir önemdedir. Türkiye'nin bu süreçten sonra önündeki en büyük meydan okuma küresel normlarla uyumlu görünen stratejik planları kâğıt üzerinde kalmaktan çıkarıp, güvenli kentleşme ve yapılaşma pratiğini asıl ilkesi haline getirebilmektir.

Kaynaklar

1. *UNDRR. The Sendai Framework Terminology on Disaster Risk Reduction. "Disaster" 2017 [Available from: https://www.undrr.org/terminology/disaster.]*
2. *Surianto S, Alim S, Nindrea RD, Trisnantoro L. Regional Policy for Disaster Risk Management in Developing Countries Within the Sendai Framework: A Systematic Review. Open Access Maced J Med Sci. 2019;7(13):2213-9.*
3. *Yılmaz H, Gülüm E. Afet Acil Durum Yönetimi Ve Afet Müdahale Plani Çerçevesinde Uygulamalar: Pazarcik – Elbistan Depremi. Akademik Yaklaşımlar Dergisi. 2024;15(1 -Deprem Özel Sayısı-):1-25.*
4. *Zibulewsky J. Defining disaster: the emergency department perspective. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2001;14(2):144-9.*
5. *Kte'pi B. Encyclopedia of Disaster Relief. 2011 2025/09/22. Thousand Oaks, California: SAGE Publications, Inc. Available from: https://sk.sagepub.com/ency/edvol/disasterrelief/chpt/history-disaster-relief-ancient-world.*
6. *Byrne JP. The Black Death: Bloomsbury Academic; 2004.*
7. *Classen A. Weather and Natural Catastrophes in Medieval and Early Modern Europe: Storms, Floods, Fires, Earthquakes, and Pandemics. Humanities and Social Science Research. 2021;4:p32.*
8. *Healing T. The Impacts of Urbanising the World's Population on Emergencies, Incidents, Disasters, and Disease Outbreaks. In: Williams R, Kemp V, Porter K, Healing T, Drury J, editors. Major Incidents, Pandemics and Mental Health: The Psychosocial Aspects of Health Emergencies, Incidents, Disasters and Disease Outbreaks. Cambridge: Cambridge University Press; 2024. p. 30-5.*

9. *Celentano DD, Szklo M, Farag Y. Gordis Epidemiology E-Book: Gordis Epidemiology E-Book: Elsevier Health Sciences; 2023.*

10. *Fee E, Brown TM. The Public Health Act of 1848. Bull World Health Organ. 2005;83(11):866-7.*

11. *Goldfield D. Encyclopedia of American urban history: sage publications; 2006.*

12. *Neves GZdF, Gallardo NP, Vecchia FAdS. A Short Critical History on the Development of Meteorology and Climatology. Climate. 2017;5(1):23.*

13. *Kürekli R. International Submarine Telegraphic Communication From The Eastern Mediterranean To The Indian Ocean During The 19th Century: According To The British Archival Documents. Genel Türk Tarihi Araştırmaları Dergisi. 2024;6(11):175-90.*

14. *Molitor J. The Imagined Disastrous: West German Civil Defence Between War Preparation and Emergency Management 1950–1990. In: Cronqvist M, Farbøl R, Sylvest C, editors. Cold War Civil Defence in Western Europe: Sociotechnical Imaginaries of Survival and Preparedness. Cham: Springer International Publishing; 2022. p. 53-76.*

15. *Penuel KB, Statler M. Encyclopedia of disaster relief: Sage; 2011.*

16. *The Early Engagement of the United Nations in Disaster Risk Reduction (1970–2000): A Brief History. 2022.*

17. *Reduction UNISfD. Global assessment report on disaster risk reduction 2019: UN; 2019.*

18. *Yokohama Strategy and Plan of Action for a Safer World: Guidelines for Natural Disaster Prevention, Preparedness and Mitigation. 1994.*

19. *Nations U. Report of the world conference on disaster reduction. Geneva: United Nations. 2005:1-42.*

20. *Undrr. Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015 – 2030. Geneva: UNDRR; 2015 2015.*

21. *IFRC, UNDP. The Handbook on Law and Disaster Risk Reduction. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies and United ...; 2015.*

22. *Kemaloğlu M. Türkiye'de afet yönetiminin tarihi ve yasal gelişimi. Akademik Bakış Dergisi. 2015;52:126-47.*

23. *Kalkan M. Türkiye'deki Kentleşme Odaklı Afet Politikalarının 1923-2023 Yılları Arasındaki Analizi. Kent Akademisi. 2023;16(Türkiye Cumhuriyetinin 100. Yılı Özel Sayısı| Special Issue for the 100th Anniversary of the Republic of Türkiye):544-58.*

24. *Başkaya M. 1929 Of-Sürmene Felaketi ve Bölgeye Etkileri. Karadeniz İncelemeleri Dergisi. 2015;9(18):177-96.*

25. *Yavuz E. 1939 Erzincan Depremi Ve Depremin Etkileri.*

26. *Demir BM, Ercan S, Aktan M, Öztaşkin H. Türkiye'de Afet Yönetiminin 100 Yılı: Mevzuat, Planlama, Kurumsal Yapılanma ve İşleyiş. Afet ve Risk Dergisi. 2025;8(1):127-47.*

27. *Özmen B, Özden T. Türkiye'nin afet yönetim sistemine ilişkin eleştirel bir değerlendirme. İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi. 2013(49).*

28. *Resmi Gazete. Bina yapımını teşvik ve izinsiz yapılan binalar hakkında kanun. 1953.*

29. *Erkal T, Değerliyurt M. Türkiye'de afet yönetimi. Doğu Coğrafya Dergisi. 2009;14(22):147-64.*

30. *Özmen B. Acil durum ve afet yönetimi planlarının tarihsel gelişimi. Jeoloji Mühendisliği Dergisi. 2023;47(2):165-81.*

31. *Yıldırım G, Saygın E. Türkiye'de Afet Yönetimi Paradigmasi: Afad'in Ürettiği Politika Belgelerinin İçerik Analizi. Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi. 2024;9(1):15-35.*

32. *Çilingir GA. Türkiye'de uygulanan afet yönetimi politikalarının incelenmesi: yasal düzenlemeler ve Dask. Resilience. 2018;2(1):13-21.*

33. *AFAD. TAMP Türkiye Afet Müdahale Planı. In: Planlama ve Risk Azaltma Dairesi Başkanlığı, editor. 2022.*

34. *AFAD. Türkiye Afet Risk Azaltma Planı,. 2022.*

35. *Mertol HC, Akış T, Tunç G, Kantekin Y, Aydın İC. 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş Depremleri Raporu: Nobel Bilimsel Eserler.*

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S004]
KONTEYNER KENTTE YAŞAYAN YETİŞKİNLERDE HİPERTANSİYON VE İLİŞKİLİ RİSK FAKTÖRLERİ: MALATYA ÖRNEĞİ

***Ahmet Burak Avcu*[1], Osman Kurt[1], Aleyna Aslan[1], İlem Karaca[1], Ayşe Baran[1], Harun Kurt[2], Ali Özer[1], Metin Fikret Genç[1]**
[1]*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[2]*Malatya İl Sağlık Müdürlüğü*

Giriş-Amaç

Hipertansiyon (HT), genetik yatkınlık, çevresel etkiler ve böbrek sodyum-su tutulumundan sempatik aktivasyona ve damar yeniden yapılanmasına uzanan fizyolojik mekanizmaların etkileşimiyle gelişen, kalıcı sistemik kan basıncı (KB) yüksekliği ve end organ hasarıyla seyreden bir durumdur. HT, tüm nedenlere bağlı morbidite-mortalitenin en önemli değiştirilebilir belirleyicisidir; yüksek sistolik KB, dünya genelinde her yıl ≈10,8 milyon önlenebilir ölüme ve ≈235 milyon DALY yüküne yol açarak tütün kullanımı ve hiperglisemi gibi diğer önde gelen riskleri geride bırakmaktadır. Depremler, özellikle ağır etkilenen bölgelerde KB'yi artıran güçlü çevresel stresörlerdir; kronik hastalığı olanlarda artış daha belirgindir. 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş depremleri birçok ilde yıkıma yol açmış; Malatya'da çok sayıda kişi konteyner kentlere yerleşmiştir. Bu ortamlarda 55 yaş üzeri olmak, HT öyküsü, uyku bozuklukları, sirkadiyen ritim bozulması ve sağlık hizmetlerindeki aksamalar nedeniyle antihipertansiflerin kesilmesi/düzensiz kullanımı gibi etmenler KB kontrolünü zorlaştırarak kardiyovasküler yükü artırmaktadır. Bu bağlamda risk altındaki topluluklarda erken tanımlama ve hedefe yönelik müdahaleler kritik önem taşımaktadır. Bu çalışma, 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş Depremleri'nden önemli ölçüde etkilenen bir şehir olan Malatya'daki konteyner kentlerde yaşayan yetişkin bireyler arasında hipertansiyon prevalansını ve bununla ilişkili risk faktörlerini araştırmayı amaçlamaktadır. Büyük ölçekli depremler sonrasında konteyner kentler gibi geçici barınma ortamlarında yaşayan popülasyonlarda hipertansiyon risk faktörlerine odaklanan araştırmalar sınırlıdır. Çalışmamız literatürdeki bu boşluğu doldurmayı amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem

Bu araştırma, kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Araştırmamız 16 Haziran-31 Temmuz 2025 tarihleri arasında Malatya il merkezinde afet sonrası kurulmuş ve sağlık hizmeti verilen 8 konteyner kentte (Battalgazi Teknokent, Battalgazi Malet, Yeşilyurt Manas, Yeşilyurt MİAD, Yeşilyurt Rönesans, Yeşilyurt Mabek, Yeşilyurt Yeni Hayat, Yeşilyurt İkizce) yürütülmüştür. Çalışmanın evrenini, söz konusu konteyner kentlerde kayıtlı ve yaşayan toplam 27.997 yetişkin birey oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü, evreni belli olan örneklem formülü kullanılarak hesaplanmıştır. Hesaplamada %95 güven aralığı, tasarım etkisi (design effect=2) ve Türkiye için bildirilen hipertansiyon prevalansı %31.2 kabul edilerek, çalışmaya en az 653 katılımcı alınması gerektiği belirlenmiştir. Katılımcı seçiminde iki aşamalı bir örnekleme yöntemi izlenmiştir. İlk aşamada, tabakalı örnekleme yöntemiyle, her bir konteyner kentin toplam nüfusa oranına göre örneklem büyüklüğü paylaştırılmıştır. İkinci aşamada ise, her tabaka için konteyner kent yönetiminden temin edilen güncel ikametçi listeleri üzerinden basit rastgele örnekleme yöntemi uygulanarak nihai katılımcılar belirlenmiştir. Araştırmacılar tarafından, randomizasyonla belirlenen katılımcılara yüz yüze yapılandırılmış bir anket formu uygulanmıştır. Anket formu; sosyodemografik özellikler, hipertansiyon ve diğer kronik hastalık öyküleri, ilaç kullanımı, yaşam tarzı alışkanlıkları (tütün kullanımı, fiziksel aktivite, tuz tüketimi), uyku düzeni ve psikososyal durumu değerlendiren sorulardan oluşmaktadır. Vücut ağırlığı kalibre edilmiş dijital tartı ile ayakkabısız ve hafif giysiyle, boy ise portatif stadiyometre ile Frankfort düzleminde, topuklar bitişik ölçüldü ve VKİ hesaplandı. Kan basıncı ölçümleri, kalibrasyonu yapılmış ve doğruluğu onaylanmış "Omron M7 Intelli IT" model dijital üst kol tansiyon aleti ile uluslararası kılavuzlara uygun standart bir protokolle gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar, ölçümden önce 5 dakika dinlendirilmiş, sırtları destekli bir sandalyede, ayakları yere basar ve sağ kolları kalp hizasında olacak şekilde oturtulmuştur. Kol çevresine uygun manşon seçilerek, 2 dakika arayla iki ölçüm alınmış ve bu iki ölçümün ortalaması kabul edilen kan basıncı değeri olarak kaydedilmiştir. Toplanan veriler

IBM SPSS Statistics v22.0 programında analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerde sürekli değişkenler için ortalama±SS veya medyan (ÇAA), kategorik değişkenler için sayı (n) ve yüzde (%) kullanılacaktır. Toplanan verilerin istatistiksel analizinde; tanımlayıcı istatistiklere ek olarak, grupların karşılaştırılmasında dağılıma göre parametrik ve non-parametrik testler, sürekli değişkenlerin incelenmesinde korelasyon analizleri kullanılmıştır. Sürekli değişkenler için doğrusal regresyon analizi ve çok değişkenli lojistik regresyon analizi yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<0,05 olarak kabul edilmiştir. Çalışma öncesinde İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmış (Karar sayısı: 2024/6815), tüm katılımcılara yazılı ve sözlü bilgilendirme yapılarak gönüllü katılım onam formu imzalatılmıştır.

Bulgular

Çalışmamızdaki katılımcıların yaş ortancası 45,0 (33,0-60,0) yıl ve %60,9'u kadın, %39,1'i erkektir. Vücut ağırlığı ortancası 74,0 kg (65,0-85,0), boy ortancası 164,0 cm (158,0-172,0) ve VKİ ortancası 26,99 (23,96-31,17) olup, geniş VKİ sınıflamasına göre fazla kilololuk %35,1 (n=230) ve obezite toplam %31,6'dır (Sınıf I: %19,2, Sınıf II: %8,5, Sınıf III: %3,8). Ortanca SKB 120,0 (109,0-131,0) mmHg, DKB 79,0 (72,5-86,0) mmHg, ortalama arter basıncı 92,5 (85,5-100,67) mmHg'dir. Çalışmamızda kan basıncı sınıflaması ESC 2024 ve ACC/AHA 2017 kılavuzlarına göre ayrı ayrı değerlendirildi. ESC 2024'e göre katılımcıların %13,0'ı normal (<120/<70), %66,0'ı yükselmiş (SKB=120-139,9 veya DKB=70-89,9) ve %21,1'i hipertansiyon (SKB>=140 ve/veya DKB>=90) grubunda yer aldı. ACC/AHA 2017 sınıflamasına göre ise dağılım; normal %36,2, yükselmiş %11,1, evre 1 hipertansiyon %31,6 ve evre 2 hipertansiyon %21,1 şeklindeydi. Konteyner kentte yaşama süresi ortancası 30,0 (26,0-30,0) aydır; konut içinde kişi sayısı 3,0 (2,0-5,0)'tür. Katılımcıların % 69,6'sı konteynerda yaşamanın sağlığı kötü etkilediğini düşündüğünü belirtmiştir. Deprem sonrası sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşadığını belirtenler %31,5'tir. Katılımcıların %76,5'i deprem sonrası stres düzeyinin arttığını belirtmiştir. Ayrıca %58,9'u uyku kalitelerinin kötüleştiğini ifade etmiştir. Deprem sonrası kan basıncının yükseldiğini söyleyenlerin oranı %22,4'tür. Katılımcıların öz-bildirimiyle saptanan hastalık sıklıkları şöyleydi: hipertansiyon %27,6; diyabet %20,8; kalp hastalığı %13,1; guatr %7,5; romatizmal hastalık %7,2; psikiyatrik hastalık %5,5 ve kanser %1,8. Herhangi bir nedenle düzenli ilaç kullananlar %45,0'dır. Hipertansiyonu olanlar arasında düzensiz antihipertansif kullanım oranı %14,4'tür. Hiç sigara içmemiş olanların oranı %52,0; eski kullanıcı %11,9; aktif kullanıcı %36,1 olup paket-yıl ortancası 12 (5-25)'tir. Deprem öncesine göre fiziksel aktivitesi azalanların oranı %52,5. Deprem sonrası sağlık hizmetlerine erişimde zorluk bildirenler arasında en sık engeller ulaşım (%27,9), randevu sorunları (%21,7) ve ekonomik güçlüklerdir (%15,4).

Sonuç ve Öneriler

Konteyner kentlerde hipertansiyon yükü belirgindir. Erken tanı, tuz azaltımı, fiziksel aktivite ve sağlık hizmetine erişimi güçlendiren hedefli müdahaleler önceliklendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Afetler, depremler, hipertansiyon

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S005]
OLASI BİR PANDEMİYE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BAKIŞ AÇISI VE KAYGI DURUMU

Bilgehan Açıkgöz, Ayşegül Ekemen, Meryem Nisa Özdel, Ferruh Niyazi Ayoğlu
Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Pandemiler, hem insan ve toplum sağlığı üzerindeki etkileriyle hem de sağlık sistemleri ve çalışanları üzerinde oluşturduğu çok yönlü etkilerle önemli bir halk sağlığı sorunudur. COVID-19 pandemisi döneminde sağlık çalışanları, yoğun iş yükü, enfeksiyon riski, uzun mesai saatleri ve izolasyon nedeniyle fiziksel ve psikolojik açıdan ciddi biçimde etkilenmiştir. Pandemiler sırasında en büyük risk grubunda yer alan sağlık çalışanlarının kaygı düzeylerinin belirlenmesi hem hizmet kalitesinin hem de ruhsal iyilik halinin sürdürülebilmesi açısından önem taşır. Bu çalışmanın amacı, sağlık çalışanlarının olası bir pandemiye yönelik bakış açılarını ve kaygı düzeylerini belirlemek, demografik ve mesleki değişkenlerle ilişkisini incelemektir.

Gereç-Yöntem

Kesitsel araştırma 01.09.2024–31.10.2024 tarihlerinde Zonguldak'ta bir üniversite hastanesinde görev yapan 538 asistan ve intörn hekimden gönüllü 276 'sının (%51,3) katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Veriler 54 soruluk anket formu ile toplanmıştır. Sosyodemografik değişkenler ile olası pandemiye yönelik kaygı, tutum ve beklentiler değerlendirilmiştir. Veriler SPSS 22.0 programında analiz edilmiştir. Tanımlayıcı veriler sayı, yüzde ve ortalama ile değerlendirilmiş, karşılaştırmalarda ki-kare testi kullanılmıştır. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması 26,5±3,4'tür. %55,4'ü kadın, %76,1'i bekâr, %92,0'ının çocuğu bulunmamaktadır. %51,1'i asistan hekimdir. %35,1'i geçmişte COVID-19 tanısı almış, %44,2'si pandemide enfekte vakalarla çalışmıştır.

En sık bildirilen kaygı konuları; aile ve yakın çevreye hastalık bulaştırma (%92,1), çalışma standartlarının değişmesi (%81,1), sağlığı riske atacak durumlarla karşılaşma (%78,3), tedaviye ve testlere erişememedir (%81,5 ve %76,8). Katılımcıların %76,6'sı uzmanlık alanı dışında görevlendirilmekten, %76,2'si olası bir pandemide ek ödemeleri alamamaktan, %62,9'u ise kişisel koruyucu ekipman eksikliğinden endişe duymaktadır. Kadınların acilde çalışmaktan ($p=0,003$), evlilerin ise hastalık durumunda ailelerinin bakımını sağlayamamaktan daha çok endişelendiği ($p=0,010$) belirlenmiştir. COVID-19 pandemisinde günlük yaşamında zorluk yaşayanlarda olası pandemide ölüm kaygısı anlamlı olarak yüksektir ($p=0,008$).

Katılımcıların yalnızca %13,5'i kurumlarının olası bir pandemiye hazır olduğunu düşünürken, %71,6'sı kurumlarının psikolojik destek sağlamasını istemektedir. %65,5'i kurumlarında temel ihtiyaçlara ulaşma güçlüğü yaşayacağını düşünmektedir.

Cerrahi branştakilerin hastayla temastan duyduğu kaygı, dahili branşlarda çalışanlara göre daha düşüktür ($p=0,013$). Geçmişte COVID-19 vakalarıyla çalışmayan katılımcıların, olası pandemide enfekte hastalarla ilgilenmeyecekleri birimde çalışmak isteme oranı anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,031$).

Katılımcıların %88,8'inin psikiyatrik tanısı yoktur; %11,2'sinde depresyon, anksiyete veya obsesif kompulsif bozukluk mevcuttur. Psikiyatrik tanısı olanlar ile olmayanlar arasında olası pandemide ölüm kaygısı açısından anlamlı fark bulunmamaktadır ($p=0,539$). %79,5'i olası bir pandemide bulaş yolları ve korunma yöntemleri hakkında eğitim verilmesinin kaygı düzeylerini azaltacağını belirtmiştir. Ayrıca, ekip arkadaşlarının kişisel

koruyucu ekipman kullanımındaki yetersizliğinden endişelenenlerin oranı %42,4'tür. Damgalanma korkusu da belirgindir; %40,9'u toplum veya yakın çevre tarafından dışlanmaktan endişe duymaktadır.

COVID-19 nedeniyle katılımcıların %17,4'ü yakınını kaybetmiştir. Kayıp durumu ölüm kaygısı üzerinde anlamlı farklılık oluşturmamaktadır (p=0,208).

Sonuç ve Öneriler

Sağlık çalışanları olası bir pandemide en fazla ailelerine hastalık bulaştırma, enfekte hastalarla temas, kişisel koruyucu ekipman yetersizliği, kurumsal destek eksikliği ve mesleki belirsizliklerden kaygı duymaktadır. Kadın ve evli sağlık çalışanlarında kaygı düzeyleri belirgin olarak yüksektir. Katılımcıların büyük çoğunluğu kurumlarının yeni bir pandemiye hazır olmadığını düşünmekte, ruhsal destek talep etmektedir. Bu sonuçlar, gelecekteki olası salgınlarda sağlık çalışanlarının hem fiziksel hem de psikolojik dayanıklılığını artırmaya yönelik önlemlerin acil gerekliliğini göstermektedir. Pandemi hazırlık planlarında eğitim, psikososyal destek, koruyucu ekipman temini ve kurum içi iletişim stratejilerinin bütüncül olarak ele alınması, halk sağlığı krizlerinin yönetiminde temel öncelik olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Pandemi, sağlık çalışanları, kaygı

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S006]
TÜRKİYE'DE VALİLİK VE KAYMAKAMLIK WEB SİTELERİNDE AFET YÖNETİMİ İÇERİĞİ DURUMU

***Mahmut Talha Uçar*[1], *Selen Gürsoy Turan*[2], *Tülin Çoban*[3], *Tuğba Meliha Fatma Ercan*[4], *Aylin Sönmez Gün*[5], *Bükre Çıkman*[6], *Fulya Özder Taş*[7], *Reyhan Can Yıldız*[8], *Feyza Dereli*[9], *Turhan Sofuoğlu*[10], *Arda Borlu*[11], *Elif Dönmez*[12], *Cavit Işık Yavuz*[13], *Elçin Balcı*[11]**

[1]*Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü*
[2]*İzmir İl Sağlık Müdürlüğü*
[3]*Ankara İl Sağlık Müdürlüğü*
[4]*Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü*
[5]*İstanbul Beylikdüzü İlçe Sağlık Müdürlüğü*
[6]*Çankırı İl Sağlık Müdürlüğü*
[7]*Afyonkarahisar İl Sağlık Müdürlüğü*
[8]*Antalya Döşemealtı İlçe Sağlık Müdürlüğü*
[9]*İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı*
[10]*Acil Afet Ambulans Hekimleri Derneği (AAHD)*
[11]*Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[12]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Hemşirelik Fakültesi*
[13]*Hacettepe Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

Giriş-Amaç

Valilik ve kaymakamlık web sitelerinin, afet öncesi hazırlık, afet anı bilgilendirme ve afet sonrası iyileştirme süreçlerinde bilgi paylaşımı ve katılım aracı olarak kullanılması, yerel düzeyde toplumun güvenini ve afetlere karşı dayanıklılığını güçlendirmektedir. Bu araştırmanın amacı, 2021–2025 yılları arasında Türkiye'deki valilik ve kaymakamlık web sayfalarında afet yönetimi ve bilgilendirme içeriklerinin varlığını, kapsamını ve yıllar içindeki değişimini değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem

Araştırma kesitsel tipte bir epidemiyolojik çalışma olup evrenini Türkiye'deki 81 il valiliği ve 922 ilçe kaymakamlığının resmî web siteleri (n=1003) oluşturmuştur. Örneklem seçilmeksizin tüm sayfalara erişilmiştir. Web sitelerinde AFAD, afet, deprem, yangın, sel, çığ, heyelan, Afet Müdahale Planı (AMP), İL-İlçe Risk Azaltma Planı (İRAP) kelimeleri aranarak afet yönetimi içeriği bulunup bulunmadığı değerlendirilmiştir. Veriler tüm araştırmacılar tarafından 6-24 Ekim tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler Google Forms® aracılığıyla toplanmıştır. Çalışmanın değişkenleri idari yönetim türü, anahtar kelimelere göre yapılan aramalarda içerik bulunma durumu, tatbikat, eğitim, toplantı, kamuoyu bilgilendirmesi, denetim, rehber, toplanma alanlarına ait içerik bulunma durumudur. Veriler SPSS 28.0 programında analiz edilmiş, kategorik değişkenler için Ki-kare testi ve çoklu karşılaştırmalar için Cochran's Q testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir. Araştırma yalnızca açık erişimli web sayfalarına dayandığından etik kurul onamı gerektirmemiştir.

Bulgular

Afet yönetimine ait faaliyetler incelendiğinde valilik web sitelerinde en sık %93,8 (n=76) ile toplantılar, %86,4 (n=70) ile kurum ziyaretleri ve %86,4 (n=70) tatbikatlar yer almıştır. Yalnızca 1 sitede (%1,2) rehber yer almıştır. Toplanma alanları yalnızca %13,6'sında (n=11) bulunmaktadır. Kaymakamlık web sitelerinde en sık %58,1 (n=536) ile afet sonrası çalışmalar, %50 (n=461) ile kamuoyu bilgilendirmeleri ve %46,1 (n=425) ile tatbikatlar yer almıştır. En az sıklıkta %2,4 (n=22) ile rehber ve %8'inde (n=74) toplanma alanları bilgisi yer almıştır. Tüm yıllarda AFAD, afet, deprem, yangın, sel, heyelan, çığ, İRAP ve AMP'lere ait afet yönetimi içerikleri valilik web sitelerinde kaymakamlıklara göre anlamlı düzeyde fazla olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Valilik web sitelerinde faaliyet türlerine göre toplantı, ziyaret, tatbikat, eğitim, denetim, kamuoyu bilgilendirmesi, afet sonrası çalışmalar ve toplanma alanları için kaymakamlık sitelerine göre içerik yer alma sıklığı daha

yüksek olup aradaki fark anlamlıdır (p<0,05). Yalnızca rehber bulunma sıklığı açısından kaymakamlık ve valilik web siteleri arasında fark bulunmamıştır (p=0.505). Cochran's Q testi sonuçlarına göre, hem valilik hem de kaymakamlık düzeyinde 2021–2025 yılları arasında "deprem" temalı afet yönetimi içeriklerinde anlamlı farklılıklar gözlenmiştir (Valilik: p<0,001; Kaymakamlık: p<0,001). Bonferroni düzeltmeli post-hoc McNemar testleri (α=0,05/10 =0.005) sonucunda, valilik düzeyinde 2021–2022 ve 2021–2023 yılları arasındaki farkların anlamlı olduğu kaymakamlık düzeyinde ise 2021–2025 ve 2023–2025 karşılaştırmaları dışındaki tüm yıl çiftlerinde anlamlı farkların bulunduğu belirlenmiştir.

Sonuç ve Öneriler

Halkın afet farkındalığını artırmada önemli rolü olan ilçe düzeyindeki bilgilendirici içeriklerin yetersizliği belirgin bir boşluk olarak öne çıkmaktadır. İlçelere özgü yerel afet risklerinin daha ayrıntılı şekilde ele alınması ve halk sağlığı için toplum bilgilendirmesinin, eğitiminin ve katılımının sağlanması önemlidir. 2023 Kahramanmaraş depremleri ve 2021 Bozkurt sel afeti sonrası aynı yıl ve takip eden yıl içinde deprem ve sel afet yönetimi içeriğinde artış dikkat çekicidir. Bu durumun ağırlıklı olarak reaktif bir özellik sergilediği düşünülmektedir, afet yönetiminde daha proaktif bir yaklaşımın benimsenmesi gereklidir. Valilik ve kaymakamlık web sitelerinde asgari afet bilgilendirme standartlarının belirlenmesi, içeriklerin düzenli olarak izlenip raporlanması ve kurumlar arası iş birliği mekanizmalarının güçlendirilmesi gerekmektedir. Bu çalışma, afet yönetimi farkındalığını yerel düzeyde değerlendiren ilk ülke çapında analiz olması açısından özgün niteliktedir. Çalışmamızın yalnızca belirlenen anahtar kelimeler üzerinden yapılması bir sınırlılığıdır.

Anahtar Kelimeler: Valillik, kaymakamlık, afet yönetimi, deprem, yangın

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S007]
2023 KAHRAMANMARAŞ DEPREMİ SONRASI 11 İLDE EK BEBEK ÖLÜM HIZI TAHMİNİ: GAM TABANLI ZAMAN SERİSİ ANALİZİ

***Melike Kutlu**, Abdullah Uçar, Elif Köse*
Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Türkiye doğal afetler açısından deprem kuşağında bir ülke olduğundan toplum sağlığını ilgilendiren tüm planlamalar depremin etkilerini gözetmeyi zorunlu kılmaktadır. Bu planlamalar için depremin farklı sağlık etkilerini incelemek, bu etkileri önlemeye veya müdahale etmeye yönelik planlamalar yapmak gerekmektedir. Bu etkilerden biri de sağlık hizmetlerinin temel göstergelerinden olan bebek ölüm hızıdır. Hayatın en kırılgan safhasında olmaları sebebiyle bebekler depremlerden en çok etkilenen gruplar arasındadır. 2008'de Çin'in Sichuan eyaletindeki depremde bebek ölümleri detaylı olarak incelenmiştir. 2011 Japonya depreminde, 10 yaş altı çocuk ölüm oranı afet yılında önceki yıllara göre 6,4 kat, kıyı bölgelerinde ise 10 kat artmıştır. 5 yaş altı çocuklarda bu oran 164 kat daha fazladır. Deprem sonrasında doğan bebeklerde ise düşük doğum ağırlığı, erken doğum, düşük Apgar skoru ve doğumsal anomaliler daha sık görülmüştür. Bu çalışmada Türkiye'de 6 Şubat 2023 tarihinde Kahramanmaraş ve çevresinde toplam 11 ili (Adana, Adıyaman, Diyarbakır, Elazığ, Gaziantep, Hatay, Kahramanmaraş, Kilis, Malatya, Osmaniye, Şanlıurfa) etkileyen ve yaklaşık 50 bin ölümle sonuçlanan 7.6 şiddetindeki depremin 11 ilde oluşturduğu ek bebek ölümü (excess infant mortality) hesaplanmıştır.

Gereç-Yöntem

Çalışmada afet öncesi dönemin verileri ile oluşturulan tahmin algoritmasına dayalı olarak 2023 yılındaki beklenen ölüm hızı tahmin edilmiş ve gözlenen ölüm hızıyla karşılaştırılmıştır.

Veri seti olarak TÜİK üzerinden temin edilen 2009-2024 tarih aralığında 81 ilin bebek ölüm hızı tabloları kullanılmıştır. 2009-2022 yıllarındaki afet öncesi trend GAM (Generalised Additive Model) ile modellenmiş ve 2023 yılındaki GAM tahmini %95 üst sınır değerinin üzerinde kalan gözlenen değerler ek bebek ölüm hızı olarak değerlendirilmiştir. Depremden etkilenen iller için gözlenen değer / beklenen değer oranları hesaplanmıştır. Çalışmada GAM modelinin ekstrapolasyonu sebebiyle yüksek belirsizlik oluşması ve %95 üst sınırının referans alınması hesaplamaların en iyi duruma göre yapıldığını göstermektedir.

Analizler R4.5.1 programı ile yapılmış olup analiz sonuçları grafik ve tablo olarak sunulmuştur. İllerin hesaplanan değerleri için ek harita grafikler oluşturulmuştur.

Bulgular

2023 yılında bazı illerde bebek ölüm hızının (BOH) beklenen düzeyi anlamlı biçimde aştığını göstermiştir. Grafiklerde düşüş eğilimindeki bebek ölümü trendinin 2023'te keskin biçimde bozulduğu görülmektedir. En belirgin ek ölüm Kahramanmaraş, Adıyaman ve Hatay'da saptanmıştır. Kahramanmaraş'ta 2023 BOH 20.83‰ olup modelin %95 üst sınırına (9.83‰) göre 2.12 kat artış göstermiştir. Adıyaman'da gözlenen BOH 23.28‰, oran 1.88, aşım 10.92‰ (beklenen 10.75‰); Hatay'da 20.55‰, oran 1.91, aşım 9.79‰ (beklenen 9.63‰) bulunmuştur. Orta düzey aşım Malatya (oran 1.46, aşım 3.68‰), Osmaniye (1.22, 2.11‰) ve Elazığ'da (1.16, 1.61‰) görülmüştür. Kilis (1.08, 1.11‰) ve Şanlıurfa'da (1.06, 0.98‰) taşma daha sınırlıdır. Buna karşılık Adana (0.74), Diyarbakır (0.96) ve Gaziantep'te (0.95) 2023 değerleri güven aralıkları içinde kalmıştır; pozitif aşım saptanmamıştır.

Sonuç ve Öneriler

Afet öncesi eğilime dayalı GAM yaklaşımı, 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş depreminin etkilenen illerde

bebek ölüm hızında beklenenin üstünde ve yer yer iki kata varan artışlarla sonuçlandığını göstermektedir. Hesaplamada yıllık veri kullanılmış olması, depremde yaşanan bebek ölümlerinin tüm yıl içi canlı doğumlara oranlanması sebebiyle kaba veriler sunmaktadır. Aylık kırılımla yapılacak analizler depremin etkisini çok daha net şekilde sunabilir. GAM tabanlı izlem, benzer afetlerde karar vericilere zamanında ve karşılaştırılabilir göstergeler sunmak için uygun bir araçtır.

Özellikle Kahramanmaraş, Adıyaman ve Hatay'da gözlenen BOH değerlerinin modelin %95 üst sınırını anlamlı biçimde aşması, deprem sonrası dönemde perinatal bakım, sevk-ulaşım zinciri ve kayıt bütünlüğünde bozulmayı düşündürmektedir; Malatya, Osmaniye ve Elazığ'da orta düzeyde, Kilis ve Şanlıurfa'da sınırlı artışlar izlenmiştir. Adana, Diyarbakır ve Gaziantep'te aşım saptanmaması, bölgesel etkilenmenin heterojenliğine işaret eder.

Bulgular, afet sonrası anne–bebek sağlık hizmetlerinin sürekliliği ve erişilebilirliğinin güvence altına alınmasını, illere özel hızlı toparlanma programları ile sürveyansın güçlendirilmesini ve erken uyarı/dirençlilik odaklı planlamaların kurumsallaştırılmasını zorunlu kılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Bebek ölüm hızı, Kahramanmaraş depremi, aşırı ölüm (excess mortality), doğal afet ve halk sağlığı, Genel Eklemeli Model (GAM)

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S008]
DEPREM SONRASI DÖNEMDE BİREYLERİN HİJYEN DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: ADIYAMAN ÖRNEĞİ

***Osman Küçükkelepçe*[1], *Osman Kurt*[2]**
[1]*Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Hizmetleri*
[2]*İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

Giriş-Amaç

Hijyen davranışları sağlığın önemli bir göstergesi, genel iyilik halinin devamı ve iyileştirilmesi için önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Depremler ise ülkemizde sık olarak gerçekleşmekte, etkilenen bölgelerde suya ve sanitasyon için gerekli şartlara ulaşmakta zorluklar yaşanmasına sebep olabilmektedir. Bu zorlukların yanında deprem gibi etkisi büyük olan olaylar insanların algılarında değişikliğe yol açabilmektedir. Bu çalışmada deprem yaşamış olan bireylerde depremden etkilenim durumunun ve diğer sosyodemografik özelliklerin hijyen davranışlarını etkileme durumunu belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Kesitsel nitelikte olan bu çalışma Adıyaman il merkezinde, farklı bölgelerden seçilen 2 Konteyner Kent ile farklı bölgelerden seçilen 5 Aile Sağlığı Merkezinde, 1 Kasım 2023 ile 1 Şubat 2024 arasında yürütülmüştür. Örneklem büyüklüğü, %95 güven düzeyi ve %5 hata payı ile evreni bilinmeyen örneklemler için formül kullanılarak en az 384 kişi olarak hesaplanmıştır. Örneklem yöntemi olarak kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Çalışmaya 18 yaş üzerinde olup deprem esnasında Adıyaman'da ikamet edenler dahil edilmiştir. Çalışmanın ilk bölümünde katılımcılara sosyodemografik özellikleri ile depremden etkilenme durumlarını sorgulayan 19 soruluk anket uygulanmıştır. İkinci bölümde ise Stevenson ve ark. (2009) tarafından geliştirilen ve Türkiye'de geçerliliği ve güvenirliği Altun ve ark. (2010) tarafından yapılan 23 soruluk Hijyen Envanteri kullanılmıştır. Ölçek puanı arttıkça hijyen davranışları iyileşmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında Cronbach alfa değeri 0.77 iken, çalışmada 0.83 olarak hesaplanmıştır. Çalışmada bağımlı değişken olarak hijyen puanları varsayılırken, yaş, cinsiyet gibi sosyodemografik özelliklerin yanında, depremden etkilenme durumları bağımsız değişken grubunda sayılmıştır. Çalışma için Fırat Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan, 27.09.2023 tarihinde 2023/13-41 sayılı oturumda etik kurul izni alınmıştır. Veriler SPSS 22 programında analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler, t testi, korelasyon ve lineer regresyon analizleri uygulanmış; anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya 240'ı kadın, 177'si erkek olmak üzere 417 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcıların %69.5'i çalışıyor, %30.5'i bekârdır. Katılımcıların %15.6'sı konteynerde, %28.1'i müstakil evde, geri kalanlar apartman dairesinde yaşamaktadır. Katılımcıların %47.2'si deprem nedeni ile ev değiştirmiş iken %17.5'i deprem dolayısı ile fiziksel yaralanma yaşamış ve %27.3'ü depremden dolayı yakınlarından birini kaybetmiştir. Katılımcıların ortalama toplam hijyen puanı 49.1±11.2 olarak gerçekleşmiştir. Kadınların, evlilerin, çalışanların hijyen skorları erkeklere, bekarlara, çalışmayanlara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.001$). Deprem sebebiyle evini değiştirmek zorunda kalanların, depremde fiziksel bir yaralanma yaşamış olanların ve depremde bir yakınını kaybetmiş olanların hijyen skorları anlamlı bir şekilde daha düşük bulunmuştur ($p<0.001$). Yapılan korelasyon analizinde yaş ilerledikçe hijyen davranışlarının kötüleştiği, eğitim seviyesi arttıkça hijyen davranışlarının iyileştiği gözlemlenmiştir. Yapılan çoklu doğrusal regresyon analizine göre; hijyen davranışları toplam puanı cinsiyet ($\beta=-2.649$; $p=0.006$), yaş ($\beta=-0.209$; $p<0.001$), medeni durum ($\beta=-5.589$; $p<0.001$), eğitim durumu ($\beta=3.741$; $p<0.001$), çalışma durumu ($\beta=5.345$; $p<0.001$) ve deprem nedeniyle fiziksel yaralanma ($\beta=3.973$; $p=0.002$) değişkenleri tarafından anlamlı biçimde yordanmıştır.

Sonuç ve Öneriler

Deprem bölgelerinde yapılan çalışmaların çoğu, menapoz dönemi kadınlar veya adölesanlar gibi özel gruplarla yapılan genital ve oral hijyen ölçümlerine odaklanmıştır. Çalışmamız deprem bölgesinde erişkin popülasyonda genel hijyen davranışlarını ölçen ilk çalışmalardandır. Bu çalışma tek bir ilde yapıldığı ve örneklem kolayda örnekleme yöntemiyle seçildiği için, sonuçların genellenmesi mümkün olmayabilir. Genel literatürle uyumlu olarak çalışmamızda evli, kadın ve daha eğitimli bireylerde hijyen davranışları daha olumlu saptanmıştır. Deprem bölgelerinde yapılan çalışmalarda ve bizim çalışmamızda depremden etkilenen grupta hijyen davranışlarının genel olarak kötüleştiği belirlenmiştir. Bu durum bazı çalışmalarda su ve sanitasyon imkanlarına ulaşmaya bağlanmış ancak fiziksel şartları uygun olan popülasyonlarda bile hijyen davranışları kötüleşmiştir. Bu durum bize afet sonrası genel popülasyonda hijyen davranışlarına yönelik algı ve duyarlılığın kötüleşmiş olabileceğini düşündürmektedir. Afet sonrası dönemde, depremden daha fazla etkilenen gruplara hijyen duyarlılığını artıracak müdahalelerin planlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Deprem, hijyen davranışları, sanitasyon

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S010]
YETİŞKİN OBEZİTESİNDEKİ SOSYOEKONOMİK EŞİTSİZLİKLERDE TÜRKİYE'NİN KONUMU: CİNSİYETE ÖZGÜ VE BÖLGESEL BİR DEĞERLENDİRME

***Atalay Aktuna*[1], *Işıl Ergin*[2], *Merve Akbayrak*[2], *Hür Hassoy*[2]**
[1]*Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[2]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

Giriş-Amaç

Obezite, aşırı yağ birikimiyle tanımlanan kronik ve çok boyutlu bir hastalık olup dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Ülkeler ve ülke içi alt gruplar arasında obezitenin düzeyi ve dağılımı belirgin farklılıklar göstermekte; özellikle eğitim ve gelir gibi sosyoekonomik belirleyicilerle, cinsiyete özgü ve bölgesel bağlamda değişen eşitsizlik örüntüleri ortaya çıkmaktadır. Türkiye'de obezite yükü yüksek olmakla birlikte, obezitede sosyoekonomik eşitsizliklere ilişkin güncel ve kapsamlı kanıtlar sınırlı düzeydedir. Bu çalışma, Türkiye'de obezite epidemisinin mevcut aşamasını, ulusal ve bölgesel düzeylerde cinsiyete özgü sosyoekonomik eşitsizlikleri inceleyerek belirlemeyi amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem

Kesitsel tasarımdaki bu çalışmada, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından 2022 yılında gerçekleştirilen Türkiye Sağlık Araştırmasına (TSA) ait mikro veri seti kullanılmıştır. Veriler, tabakalı iki aşamalı küme örneklemiyle seçilmiş 11.170 hanede yaşayan 29.761 bireyle yüz yüze görüşmelere dayanmaktadır. Çalışmanın amacı doğrultusunda 20 yaş altı bireyler dışlanmış ve 20.725 yetişkin (10.808 kadın, 9.917 erkek) üzerinden yaşa göre standartlaştırılmış obezite prevalansları hesaplanmıştır. Obezitenin sosyoekonomik belirleyicilerle ilişkisi, düşük kilolu (n=457) ve gelir düzeyi verisi eksik (n=2) olan bireyler çıkarıldıktan sonra geriye kalan 20.266 kişi üzerinde gerçekleştirilen analizler ile değerlendirilmiştir. Araştırmanın bağımlı değişkeni obezite olup, TSA-2022'deki öz bildirime dayalı boy ve kilo verilerinden hesaplanan Beden Kitle Endeksi (kg/m^2) >=30.00 olan bireyler obez olarak sınıflandırılmıştır. Bağımsız değişkenler; yaş (sürekli), cinsiyet (erkek/kadın), bölge (1–12), eğitim ve gelir düzeyidir. Eğitim, katılımcı çoğunluğunu kapsayan Türkiye'deki zorunlu eğitim süresi dikkate alınarak <8 yıl ve >=8 yıl olarak ikili kategorize edilmiştir. Gelir, veri setindeki 1–20 arası sıralı puanlama temelinde beşte birlik düzeyler (en düşük, ikinci düşük, orta, ikinci yüksek, en yüksek) şeklinde kategorize edilmiştir. Mikro veri setinde TÜİK tarafından bölgelerin isimleri doğrudan sunulmamış olup; yalnızca numaralandırılmıştır. Bu sebeple bu çalışmada, bölgelerin eğitim ve gelir göstergeleri minimum-maksimum normalizasyonu ile standart puanlara çevrilmiş, ardından geometrik ortalamaları alınarak bir sosyoekonomik gelişmişlik bileşik puanı oluşturulmuştur. Bölgeler bu puana göre 1 (en gelişmiş) - 12 (en az gelişmiş) şeklinde sıralanmıştır. Böylece bölgesel farklılıklar, özgül adlardan bağımsız olarak sosyoekonomik gelişmişlik ekseninde yorumlanabilmiştir. Yaşa standardize obezite prevalansları, 2013 Avrupa Standart Nüfusu kullanılarak doğrudan standartlaştırma yöntemi ile belirlenmiş ve yüzde (%) olarak %95 güven aralıkları (GA) ile sunulmuştur. Obezite ile eğitim ve gelir arasındaki ilişkiler, iki modeli içeren çok değişkenli ikili lojistik regresyon analizleri ile incelenmiştir. Model 1'de eğitim ve gelirin yaşa göre düzeltilmiş tekil etkileri belirlenmiş; Model 2'de yaş, eğitim ve gelir için eşzamanlı düzeltme yapılmıştır. Referans kategorileri eğitimde <8 yıl, gelirde en düşük beşlik olarak alınmıştır. Anlamlılık düzeyi p<0,05'tir. Analizler SPSS v24 ile gerçekleştirilmiştir, görselleştirmelerde Microsoft Excel® yazılımından faydalanılmıştır.

Bulgular

Ülke genelinde yaşa göre standardize obezite prevalansı kadınlarda %27,5 (%95 GA: %26,4–%28,5), erkeklerde %18,7'dir (%95 GA: %17,8–%19,6). Ülke genelinde ve tüm bölgelerde 2022 yılı itibariyle obezite yükü kadınlarda daha yüksek seyretmeye devam etmektedir. En az gelişmiş ikinci bölge (Bölge 11), kadınlarda %37,0 ve erkeklerde %19,7 ile en yüksek cinsiyet farkına sahiptir (Δ=17,3 puan). En küçük

kadın-erkek farkı ise daha gelişmiş bölgelerden birinde (Bölge 4) saptanmıştır (kadın %26,4; erkek %22,0). Ülke genelinde, eğitim düzeyi yükseldikçe obezite riski her iki cinsiyette azalmakta; bu azalma kadınlarda daha belirgin görülmektedir. Model 2'de >=8 yıl eğitimin referansa göre olasılık oranı (OR) erkeklerde 0,70 (%95 GA: 0,62-0,78), kadınlarda 0,42'dir (%95 GA: 0,38-0,47). Bölgesel analizlerde erkeklerde yüksek eğitimin düşük obezite sıklıkları ile ilişkisi özellikle daha gelişmiş bölgeler ile sınırlı iken, kadınlarda en az gelişmiş bölgede dahi güçlü bir ilişki izlenmiştir. Gelir için ülke genelinde hem kadınlarda hem erkeklerde en düşük beşliye göre daha yüksek gelir gruplarında risk artışı görülmüş ve kadınlarda "ters U" biçimli bir örüntü dikkat çekmiştir: risk artışı ikinci en düşük ve orta gelir gruplarında belirginleşmekte, en yüksek gelirlerde nispeten azalmaktadır. Ülke genelinde erkeklerde, bölgesel düzeyde ise hem erkeklerde hem de kadınlarda belirgin bir gelir-obezite ilişki örüntüsü izlenmemiştir.

Sonuç ve Öneriler

Türkiye, 2022 itibarıyla hem yüksek obezite prevalansını hem de gelişmekte olan ülkelerde görülen "obezite geçişi"nin karakteristiklerini taşımayı sürdürmektedir. Ülkedeki farklı sosyoekonomik bölgelerde obezite epidemisinin farklı evrelerde olabileceği belirlenmiştir. Bulgular, obezitenin önlenmesine yönelik stratejilerde, bölgesel ve cinsiyete duyarlı yaklaşımların benimsenmesine olan ihtiyacı ve stratejik hedeflerde sosyoekonomik eşitsizliklere odaklanılması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Obezitedeki gelir eşitsizlikleri açısından, sağlıksız gıdalara kademeli vergiler getirilmesi ve elde edilen vergi gelirlerinin meyve ve sebze gibi sağlıklı gıdaların sübvansiyonunda kullanılması düşük gelir düzeyindeki bireylerin sağlıklı gıdalara erişimini artırabilir. Cinsiyete duyarlı ve toplum temelli fiziksel aktivite destek programlarının acilen geliştirilip uygulanması gerekmektedir. Halihazırda pek çok sağlık çıktısı açısından dezavantajlı konumda bulunan, özellikle düşük eğitim düzeyine sahip kadınlar, obezitenin orantısız yükü nedeniyle sağlık eşitsizliklerinin daha da derinleşmesi açısından daha büyük bir risk altındadır. Bu nedenle, obezitenin önlenmesine yönelik müdahaleler ve güçlendirme çalışmaları öncelikli olarak bu gruba yönlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Bölge, cinsiyet, obezite, sosyoekonomik eşitsizlikler

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S011]
TÜRKİYE'DE TIP ÖĞRENCİLERİ ARASINDA PSİKOLOJİK TÜTÜN BAĞIMLILIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ: KESİTSEL BİR ÇALIŞMA

Aleyna Aslan, Osman Kurt, Ahmet Burak Avcu
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Sigara bağımlılığı, birbirini etkileyip güçlendiren birçok unsurun bir araya gelmesiyle oluşan karmaşık ve çok yönlü bir süreçtir. Bağımlılık derecesi yükseldikçe, bireyin sigara içme arzusunu bastırması giderek daha güç hale gelir. Tütün bağımlılığından sorumlu ana psikoaktif bileşik olarak kabul edilen nikotinin 1988 yılında ilan edilmesinin ardından nikotin bağımlılığına tıbbı tedavi gerektiren bir bozukluk olarak yaklaşılması önerilmektedir çünkü nikotin arayışı sigara içmenin başlıca nedenlerinden biridir. Sigara kullanımı üniversite öğrencileri arasında da ciddi bir sorun oluşturmaktadır. Çalışmamızda sigaranın tıp öğrencileri üzerindeki fiziksel ve psikolojik boyutunu inceleyerek, bu popülasyondaki nikotin bağımlılığı düzeylerini ve bu bağımlılığı etkileyen bireysel, çevresel ve psikososyal faktörleri belirlemek amaçlanmıştır. Elde edilen bulguların bu grupta etkili müdahale ve önleme stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlaması beklenmektedir.

Gereç-Yöntem

Tanımlayıcı kesitsel tipte olan çalışmamız 10 Şubat-8 Mayıs 2025 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmamızın evrenini sigara kullanan öğrenciler oluşturmaktadır. Tıp fakültesinde okuyan 1741 öğrenci bulunmaktadır. Referans çalışmada sigara kullanma sıklığının %17,2'i olduğu görülmüştür. Bu oranlarla hesaplama yapıldığında çalışma evreni tahmini olarak 299 kişi olarak bulunmuştur. Sigara kullanan Tıp öğrencilerinin psikolojik bağımlılık oranının %50 olduğu varsayımıyla %95 güven düzeyi %5 hata payı ile yapılan hesaplamada, 169 katılımcıdan oluşan minimum örneklem büyüklüğü belirlenmiştir. Çalışma için İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır (Karar No:2025/7073). Katılımcılar gönüllülük esasına göre belirlendiği için sadece sigara kullandıklarını beyan edenlere anket uygulanmıştır. Anket formu sosyodemografik bilgiler, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) ve Sigaranın Psikolojik Bağımlılığını Değerlendirme Ölçeği (SPBDÖ) sorularını içermektedir. FNBT'den alınabilecek en düşük puan "0", en yüksek puan ise "10" olacak şekilde puanlandırma yapılmıştır. Normal dağılıma göre gruplar arasında karşılaştırmalarda bağımsız örneklem t-testi, One-Way ANOVA testi, Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Birincil bağımlı değişkenler, Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) ve Sigaranın Psikolojik Bağımlılığını Değerlendirme Ölçeği (SPBDÖ) skorları olarak belirlenmiştir. Bağımsız değişkenler ise sosyodemografik özellikler (cinsiyet, yaş, sınıf, ikamet, aile yapısı, algılanan sosyoekonomik düzey) ile tütün kullanım özelliklerinden (sigaraya başlama yaşı, günlük içilen sigara sayısı, kullanım sıklığı, aile/arkadaş içiciliği, bırakma öyküsü ve deneme sayısı, profesyonel yardım düşüncesi, bırakma sırasındaki yoksunluk belirtileri) oluşmaktadır. Çoklu doğrusal regresyonda bağımlı değişken SPBDÖ toplam puanı olup, iki değişkenli analizlerde anlamlı bulunan değişkenler modele dâhil edildi. Tüm veriler IBM SPSS istatistik programı (sürüm 22.0) ile analiz edilmiştir. Tüm değerlendirmelerde $p<0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya katılan 169 aktif sigara kullanan tıp öğrencisinin %13,0'ü kadındı; yaş medyanı 21,0 (ÇAA: 20,0-23,0) idi. Öğrencilerin medyan sigara kullanımına başlama yaşı 18,0 (16,0-19,0) ve günlük tüketimleri 15,0 (8,0-20,0) adetti. Bu öğrencilerin %87,0'ı günlük olarak sigara kullandıklarını bildirdi. Öğrencilerin %63,3'ü en az bir aile üyesinin sigara kullandığını, %98,2'si ise arkadaş çevresinde sigara kullanan biri bulunduğunu ve %63,9'u en az bir kez sigarayı bırakmayı denediğini belirtti. Bu bırakma girişimlerinin neredeyse tamamında tercih edilen yöntem kendi kendine bırakma oldu (%98,2), nikotin replasmanına (%5,6) ve farmakoterapiye

(%4,6) başvuru oldukça sınırlı kaldı. Öte yandan, profesyonel yardım almayı düşünenlerin oranı %25,0'te kaldı. Sigaranın Psikolojik Bağımlılığını Değerlendirme Ölçeği (SPBDÖ) puanı ortalama 49,4±9,98 olmakla birlikte öğrencilerin %21,9'u hafif, %59,2'si orta, %18,9'u şiddetli psikolojik bağımlılık düzeyindeydi. FNBT (Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi) ortanca 3,0 (1,0-6,0) bulundu. Cinsiyete göre kadınlar anlamlı şekilde daha geç başlamış (18 vs 17; p=0,039) ve daha az sigara içmişti (10 vs 15; p=0,015). SPBDÖ puanı cinsiyetle anlamlı farklılık göstermezken (p=0,538), FNBT puanı erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur (p=0,006). SPBDÖ puanları sosyoekonomik düzeylere göre anlamlı farklılık gösterdi (p=0,023). Çoklu karşılaştırmalarda düşük sosyoekonomik düzeyin SPBDÖ ortalaması (57,0±10,9), orta (48,9±10,0) ve yüksek (48,8±9,5) düzeylerden daha yüksek bulundu. Buna karşılık FNBT puanları sosyoekonomik düzeylere göre farklılık göstermedi (p=0,318). Sigara kullanım sıklığı arttıkça bağımlılık göstergeleri yükseldi: günlük sigara kullanıcılarının SPBDÖ puanları, haftada birkaç kez kullananlara göre daha yüksekti (p=0,030). FNBT açısından toplam grup karşılaştırması anlamlıydı (p<0,001); ikili karşılaştırmalarda günlük kullanıcıların puanları, haftada birkaç kez kullananlara (p<0,001) ve yalnızca özel günlerde kullananlara (p=0,034) kıyasla daha yüksekti. Bırakma öyküsünde, 2-3 kez bırakma girişimi olanların SPBDÖ (p=0,026) ve FNBT (p=0,010) puanları, >= 4 girişimi olanlara göre daha yüksekti; ayrıca profesyonel yardım almayı düşünenlerde FNBT puanı da daha yüksekti (p=0,044). Bırakma girişimlerinde yoğun sigara isteği olanlarda SPBDÖ (p<0,001) ve FNBT (p=0,018), uyku bozukluğu olanlarda SPBDÖ (p=0,027) ve FNBT (p=0,019) yüksekti; sinirlilik/öfke yalnızca SPBDÖ ile ilişkiliydi (p=0,002; FNBT p=0,084). Korelasyon analizinde, başlama yaşı günlük tüketim (r=-0,285; p<0,001), FNBT (r=-0,357; p<0,001) ve SPBDÖ (r=-0,235; p=0,002) ile negatif; günlük tüketim FNBT (r=0,786; p<0,001) ve SPBDÖ (r=0,325; p<0,001) ile pozitif yönde korelasyon göstermiştir. FNBT-SPBDÖ arasında orta düzey pozitif yönde bir korelasyon vardı (r=0,459; p<0,001). Çoklu doğrusal regresyonda ise (bağımlı değişken: SPBDÖ toplam), yalnızca FNBT bağımsız ve pozitif ilişkili kaldı (B=1,668; p<0,001).

Sonuç ve Öneriler

Çalışmamızın kesitsel tasarımı nedensel çıkarımı engeller. Özbildirime dayalı veriler hatırlama ve sosyal istenirlik yanlılığı içerebilir. Tek merkezli örneklem ve ölçülmeyen karıştırıcılar (akran normları, akademik stres vb.) genellenebilirliği sınırlar; gelecekte boylamsal-çok merkezli, biyokimyasal doğrulamalı ve geçerli psikometrik araçlı çalışmalar önerilir. Çalışmamızdaki erkekler, kadınlara göre sigaraya daha erken başlamaya ve daha fazla sigara tüketmeye yatkındır. Erken yaşta sigaraya başlayıp sigaraya daha uzun süre maruz kalmak hem fiziksel hem de psikolojik bağımlılık açısından risk faktörüdür. Sigaraya fiziksel yönde bağımlılık arttıkça psikolojik bağımlılık da artmaktadır. Bu da sigara bağımlılığına yönelik müdahalelerde hem fiziksel hem de psikolojik bileşenleri hedef alan bütüncül yaklaşımların önemini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Bağımlılık, psikolojik bağımlılık, sigara, tıp öğrencileri

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S012]
TIP FAKÜLTESİNE BAŞLAYAN ÖĞRENCİLERİN İKİ YILLIK SÜREÇTE TÜTÜN KULLANIM SIKLIĞI DEĞİŞİMİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

***Büşra Yetiş*, Türkan Günay**
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Tütün kullanımını Dünya Sağlık Örgütü 'sessiz salgın" olarak tanımlamaktadır. 2022 itibariyle dünya genelinde yaklaşık 1,25 milyar yetişkinin tütün kullandığı tahmin ediliyor ve çoğu kullanıcı tütün kullanmaya ergenlik döneminde başlamaktadır. Tütün ürünleri her yıl 7 milyon insanı ölümüne sebep olmaktadır. Tıp fakültesi öğrencilerinde de tütün kullanımı çok yaygındır. Bu sebeple planladığımız araştırmada tıp fakültesi öğrencilerinin 1.sınıftan 3.sınıfa gelene kadar sigara kullanımındaki değişimin ve 3. sınıftaki sigara içmelerini etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçladık.

Gereç-Yöntem

Araştırma kesitsel tipte olup, evrenini Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2022 Kasım-2022 Aralık ayında 1. sınıf olan 453 öğrenci ve 2024 Kasım – 2024 Aralık ayında 3.sınıf olani 352 öğrenci oluşturmaktadır. Her iki yılda da örneklem seçilmeyip tüm evrene ulaşılması hedeflenmiştir. Ulaşma oranı birinci sınıfta %72(326 öğrenci), üçüncü sınıfta %84 (295 öğrenci)'tür. Aynı öğrencilerde iki farklı yılda değerlendirme yapılmasına karşın isim alınmadığı için iki ayrı grup olarak değerlendirilmiştir. Veriler google formsta hazırlanan 51 soruluk anketle toplandı. Anketinin ilk bölümünde sosyodemografik bilgileri ve tütün kullanımına ilişkin 30 soru; ikinci bölümünde tütün kullanım özelliklerini içeren 7 soru; üçüncü bölümde Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi(FNBT) ve tütün kullanma nedenlerini ölçen 8 soru; son bölümde ise tütün kullanım düşüncesinin değişim aşaması sorularını içeren 6 sorudan oluşmaktadır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri; öğrencilerin yaş, cinsiyet, tıp eğitimi süresince kaldığı yer, ailenin gelir durumu, anne-baba eğitim durumu, beden algısı, sağlık algısı, kronik hastalık varlığı, spor alışkanlığı, sanatla ilgilenme, fakültede herhangi bir kulüpte çalışma, tütün ürünü kullanma konusunda arkadaş ısrarı, aile-arkadaş ile iletişim durumu, aile üyelerinin ve arkadaş grubunun tütün kullanım durumu, herhangi bir tütün ürünü deneme durumu ve yaşı, tütün dumanına maruz kalma durumu, tütün ürünlerini denememe nedenleri, tütün kullanmaya başlama yaşı ve kullanım miktarı, nikotin bağımlılık düzeyi ve tütün ürünü bırakma düşüncesi değişimi ve yöntemleridir. Bağımlı değişken; tütün ürünleri kullanım sıklığıdır. Veriler SPSS 29.0 ile analizedildi. Verilerin analizi için ortalama ve standart sapmaları hesaplanmıştır, tek değişkenli analizlerde ki-kare ve bağımsız gruplarda t testi, çok değişkenli analizlerde lojistik regresyon kullanılmıştır Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (20.11.2024 tarih 2024/39-16 sayılı) onay alınmıştır.

Bulgular

Tütün ürünleri kullanım sıklığı öğrenciler 1. sınıfta iken %29,8 iken 3. sınıfta %33,9'a yükselmiştir. Birinci sınıfta ve 3. sınıfta sırasıyla sigara içme sıklığı %24,8 ve %29,5, nargile içme sıklığı %14,1 ve %13,2, e-sigara kullanma sıklığı %5,5 ve %5,8, pipo, puro gibi diğer tütün ürünleri kullanma sıklığı da %7,7 ve %8 idi. 3.sınıf öğrencilerinde sigara kullanmayı etkileyen etmenlere tek değişkenli analizle bakıldığında; erkek cinsiyette olma(p: 0,015), yaşamın herhangi bir döneminde bir nefes olsun tütün ürününü deneme(p<0,001), arkadaş ısrarına maruz kalma (p<0,001),yakın arkadaşlarının çoğunun sigara içmesi(p<0,001) sıklıkla tütün dumanına maruz kalma(p<0,001), giderlerini karşılamak için okul sonrası bir işte çalışma(p<0,001), arkadaş(p:0,036) ve aile(p:0,001) ile iletişimi orta-kötü düzeyde olma, hekimlerin tütün ürünü kullanmayarak topluma örnek olması gerektiğini düşünmeme(p<0,001) anlamlı olarak sigara kullanımını artırmaktadır. Çok değişkenli analizde ise bir işte çalışmak[OR:4,7 (1,6-13,6)], arkadaş ısrarına maruz kalma [OR:2,5(1,2-5,4)],

yakın çevresinin çoğunun sigara kullanması[OR:6,1(3-12,5)],hekimlerin tütün ürünü kullanmayarak topluma örnek olması gerektiğini düşünmeme[OR:2 (1,1-4,1)] anlamlı olarak sigara içimini arttırmaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Her üç öğrenciden biri tütün ürünü kullanmaktadır. Tütün kullanım sıklığı öğrencilerde 1.sınıftan 3. sınıfa geçtikçe artmaktadır. Öğrencilerin yaşamını sürdürebileceği bir gelire sahip olması,akranlarında ve çevresinde tütün kullanımını olumlamayan bir ortam yaratılması(örneğin tütünsüzkampüs, dumansız hava sahaları vs.), hekimlik beceri ve değerleri eğitimi içerisinde toplumda doğru sağlık davranışlarına yönelik örneklerin çoğaltılması, sigara içmeyen tıp fakültesi öğrencilerinin olumlanması, öğrencilerin tütün ürünlerine karşı hayır deme becerilerini geliştirmelerini sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Öğrenci, sigara, tıp fakültesi, tütün ürünleri

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S013]
İNTÖRN HEKİMLERDE KUMAR OYNAMA DAVRANIŞI İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER, KESİTSEL BİR ARAŞTIRMA

Zeynep Oran, Aslı Davas, Meltem Çiçeklioğlu
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Kumar, para karşılığında oynanan şans oyunu olarak tanımlanır. Kumarla ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi, genç yetişkinlerde bu alışkanlığın yaygınlığını ve risk etmenlerini belirlemek için önemlidir. Bu çalışmanın amacı Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İntörn Hekimlerinde, kumar oynama davranışı ve ilişkili faktörleri değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem

Mayıs - Eylül 2025 arasında yürütülen kesitsel araştırmanın evrenini 350 intörn hekim oluşturmuştur. Örnek büyüklüğü %35 prevalans, %5 hata payı, %95 güven aralığı ve 1.2 desen etkisiyle 211 hesaplanmış, küme örnekleme kullanılmıştır. Bağımlı değişken riskli kumar davranışıdır. Lesieur ve Blume'un geliştirdiği, Duvarcı ve Varan tarafından Türkçeye uyarlanan South Oaks Kumar Tarama Testi (SOKTT, 20 madde, α=0.89) ile değerlendirilmiştir. 3–7 puan arası riskli, >=8 puan patolojik kumar olarak kabul edilmiştir. Bağımsız değişkenler (sosyoekonomik durum, aile, akademik, ruhsal ve dijital alışkanlıklar) araştırmacı tarafından hazırlanan anketle sorgulanmıştır. Ayrıca Bilge ve ark. tarafından uyarlanan Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ, 8 madde α=0.81) kullanılmıştır. Veriler SPSS 25.0 programında analiz edilmiş; kategorik değişkenlerde Ki-kare, sürekli değişkenlerde Spearman korelasyonu uygulanmış, anlamlılık p<0.05 olarak alınmıştır.

Bulgular

Toplam 212 katılımcının %55,7'si erkek %17'si aileleriyle yaşamaktadır. Katılımcıların %23,1'i okul/iş ilişkilerini kötü/çok kötü, %37,7'si aile içinde tartışma yaşadığını, %29,7'si gelirinin giderinden az olduğunu belirtmiştir. ASÖ ortalaması 21,5±4,77 bulunmuştur. Psikiyatrik tanı öyküsü %18,9'dur. %22,2'si düzenli sigara, %7,1'i alkol kullanmaktadır. Katılımcıların %81,6'sı internette kumar reklamı görmüş; %17'si meraktan birkaç kez, %3,8'i sık sık reklamlara tıklamıştır. Arkadaş çevresinde kumar oynayan %50 iken, %46,7'si kumar teklifi aldığını, %41,5'i yaşamında kumar sorunu olan biri tanıdığını, %81,6'sı çocuklukta en az bir kez kumar aktivitesine katıldığını belirtmiştir. İntörnlerin %79,2'si yaşam boyu yüz yüze, %62,7'si çevrimiçi kumar oynamış; son 12 ayda bu oranlar sırasıyla %42 ve %34,4'tür. İntörnlerin %18,4'ünde riskli, %1,4'ünde patolojik kumar saptanmıştır. Riskli kumar oynama ile medeni durum, aileden ayrı yaşamak, okul/iş ortamı ilişkileri, aile ile tartışma sıklığı, intörn maaşı dışında ek gelire sahip olmak, sene tekrarı yapmak, TUS'a hazırlanmak, kendinde/ailede psikiyatrik tanılı birey bulunması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p<0.05). Riskli kumar davranışı, erkeklerde (p=0.013), düşük gelir algısında (p=0.025), düzenli sigara (p<0.001) ve alkol kullananlarda (p<0.001), arkadaşlarından kumar teklifi alanlarda (p<0.001), son 12 ayda yüz yüze (p=0.018) ve çevrimiçi kumar oynayanlarda (p<0.001), çevresinde kumar sorunu olan birey bulunanlarda (p=0.001) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.Bir günde kumara yatırılan en yüksek para miktarı (ρ=0.60, p<0.001), son 12 ayda oynanan çevrimiçi kumar türü sayısı (ρ=0.45, p<0.001), yaşam boyu yüz yüze oynanan tür sayısı (ρ=0.30, p<0.001), çocuklukta kumar aktivitesi sayısı (ρ=0.27, p<0.001) ve stres puanı (ρ=0.16, p=0.033) arttıkça SOKTT puanı da artmıştır.

Sonuç ve Öneriler

Elde edilen bulgular, tıp fakültesi öğrencilerinde kumar davranışına yönelik farkındalık artırıcı eğitimlerin ve koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin güçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Tütün, alkol ve dijital bağımlılıkların kumar riskiyle birlikte ele alınması; çevrimiçi reklam maruziyetinin azaltılması, akran temelli

önleme yaklaşımlarının geliştirilmesi ve stres yönetimi programlarının yaygınlaştırılması önerilmektedir. Tıp fakültelerinde bağımlılık farkındalığını artıracak içeriklerin müfredata entegrasyonu ve psikososyal destek mekanizmalarının erişilebilir hale getirilmesi, geleceğin hekimlerinin bu tür riskli davranışlardan korunmasına katkı sağlayabilir..

Anahtar Kelimeler: Kumar davranışı, patolojik kumar, riskli kumar, intörn hekimler, South Oaks Kumar Tarama Testi

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S014]
TÜTÜN KONTROLÜNDE CHAID KARAR AĞACI İLE SİGARA BIRAKMAK İSTEYEN KİŞİLERİN PROFİLLENMESİ

Meryem Merve Ören Çelik[1], Burcu Özkan[1], Sevde Sancar[2], Gülsüm Nurhan İnce[1]
[1]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[2]T.C. Sağlık Bakanlığı Muş İl Toplum Sağlığı Merkezi

Giriş-Amaç

Tütün kullanımı, küresel düzeyde en önemli halk sağlığı sorunlarından biri olup yılda 8 milyondan fazla ölüme yol açmaktadır. Birçok sigara içicisi bırakmayı denese de, danışmanlık desteği kişisel gereksinimlerle uyumlu olmadığında başarı sınırlı kalmaktadır. Bu çalışma, sigara bırakma girişiminde bulunan ve bulunmayan bireyler arasındaki farklılıkları inceleyerek bırakma davranışını etkileyen faktörleri belirlemeyi amaçlamaktadır. Veri temelli karar ağacı (CHAID) modeliyle sigara içicilerinin alt grupları tanımlanmış; kişiye özel bırakma desteği için çıkarımlar yapılmıştır. Bu bağlamda, bırakma desteğinin genel öneriler yerine kişinin özellikleri ve ihtiyaçlarına göre yapılandırılmasıyla başarının artırılması hedeflenmektedir.

Gereç-Yöntem

Araştırma, Sağlıklı Hayatı Teşvik & Sağlık Politikaları Derneği'nin 2024 yılında İstanbul, İzmir ve Ankara'da yürüttüğü, 1.018 mevcut sigara içicisini kapsayan yüz yüze anketin ikincil analizidir. Birincil araştırmada katılım kriteri 18 yaş ve üzeri olmak; hariç tutma kriteri ise reklamcılık, pazarlama veya piyasa araştırması alanlarında çalışmamaktı. Analiz, "mevcut sigara içicisi" olup "sigara bırakmayı denemiş olma" yanıtı eksiksiz olan bireylerle sınırlanmıştır. Bağımlı değişken "sigara bırakma girişimi"; bağımsız değişkenler ise sosyodemografik özellikler, bağımlılık örüntüleri, motivasyon, sağlık ve sosyal algılar, finansal yük, inançlar ve önceki bırakma yöntemleridir. Veriler CHAID algoritmasıyla analiz edilmiş; terminal düğümler yaygınlık, Kazanç (Gain) ve İndeks (Index) değerleriyle raporlanmıştır. Pearson ki-kare testinde $p<0,05$ anlamlı kabul edilmiştir. Veri kullanım izni ve İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden etik onay alınmıştır. Kesitsel tasarımı nedeniyle nedensel çıkarım yapılamaz.

Bulgular

Katılımcıların %41,0'ı en az bir kez bırakma girişiminde bulunmuştur. En yüksek bırakma oranı, yüksek motivasyona ve güçlü finansal yüke sahip içicilerde gözlenmiştir (Düğüm 21: %89,9; İndeks=219,4; Kazanım=%19,2). En büyük segment ise sigarayı bırakmaya motive olan ancak sigaranın bilişsel fayda sağladığına inanan kişilerden oluşmuştur (Düğüm 11: %70,0; İndeks=171,0; Kazanım=%43,2). Diğer alt gruplar arasında bitkisel ürün kullananlar (Düğüm 13: %76,5) ve yüksek motivasyona sahip ancak düşük finansal stres algısı bulunanlar (Düğüm 20: %60,9) yer almıştır. Bulgular, bırakmaya hazır olmanın ve sigaranın maddi olarak pahalı algılanmasının, ortalamanın üzerinde bırakma girişimiyle ilişkili olduğunu göstermektedir. Buna karşılık düşük motivasyon ve bırakma yöntemlerine güvensizlik, hiç denememeyle belirgin biçimde ilişkilidir.

Sonuç ve Öneriler

Bırakma girişimleri motivasyon, finansal baskı ve yanlış inançlar etrafında kümelenmektedir. Karar ağacı analizi bu profilleri belirlemede şeffaf ve uygulanabilir bir yöntem sunmaktadır. Finansal baskı altındakilere maliyet temelli mesajlar, yanlış inançlara sahip olanlara mit düzeltimi ve kanıta dayalı tedavi seçeneklerinin sunulması, tütün kontrolü politikaları ve klinik uygulamaların etkinliğini artırabilir. Danışmanlığı yalnızca bırakma niyetine değil, önceki deneyimler, inançlar, sosyal algılar ve algılanan maliyetlere dayandırmak kişiye özel ve davranışsal müdahaleleri mümkün kılar. Bulgular, farklı profiller için danışmanlık ve politika yaklaşımlarının hedefe yönelik biçimde yapılandırılabileceğini göstermektedir. Örneğin, bilişsel fayda inancına sahip gruplarda stres yönetimi; düşük motivasyonlular için sosyal normları güçlendiren, küçük hedeflere odaklı yaklaşımlar

etkili olabilir. Bu tür segment odaklı müdahaleler, danışmanlık ve tütün kontrol programlarının verimliliğini artırabilir. Çalışmanın sınırlılıkları, örneklemin üç büyükşehirle sınırlı olması, ağırlıklandırma yapılamaması ve öz-bildirim kaynaklı hatırlama ile sosyal arzu edilebilirlik yanlılığı potansiyelidir.

Anahtar Kelimeler: Karar ağaçları, motivasyon, sigara bırakma

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S015]
BİR TIP FAKÜLTESİNDEKİ İNTERN DOKTORLARIN TÜTÜN ÜRÜNLERİ HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİ VE KULLANMA DURUMLARI

Ayşe Nur Taştekin Ayvalı, Elif Mehpare Tuğral, Elif Okşan Çalıkoğlu, Gözde Öztürk, Meryem Acele Akpek, Neriman Aydın, Seyhan Durman
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Tütün salgını, dünyanın karşı karşıya kaldığı en büyük halk sağlığı tehditlerinden biridir ve her yıl 7 milyondan fazla ölüme ve sakatlıklara neden olmaktadır. DSÖ'ye göre dünyada tütün kullanım sıklığı %10-29 arasında değişmektedir. Tütün ürünleri dünyadaki önlenebilir ölüm nedenleri arasında ilk sıradadır. 20. yüzyılda tütün epidemisi dünyada 300 milyon insanın ölümüne neden olmuştur. Tütün kullananların çoğu düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Birçok hastalık için önlenebilir risk faktörlerinden olan tütün ile mücadele halk sağlığının önemli konularındandır. Literatürde kişisel sağlık davranışları daha iyi olan hekimlerin sigara bırakma için daha başarılı ve etkili danışmanlık yaptığı ortaya konmuştur. Bu nedenle hekimler başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının tütün ve tütün ürünlerine karşı tutumu kritik öneme sahiptir. Ancak yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının tütün ürünü kullanımının %11 ile %55, tıp öğrencilerinin ise %11 ile %44 arasında değişmekte olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda; yakın zamanda meslek hayatına başlayacak olan genç hekim adaylarının tütün ve tütün ürünleri hakkında bilgi düzeylerini belirlemek ve kullanma durumlarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Çalışma kesitsel tipte olup çalışmanın evrenini 2025-2026 öğretim yılında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. sınıf öğrencileri oluşturmaktaydı. Çalışma için örneklem seçilmemiş olup evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışma için elektronik ortamda (Google form) anket hazırlanmıştır. Hazırlanan anket 15 Eylül-15 Ekim 2025 tarihleri arasında öğrenci Whatsapp gruplarında paylaşılarak veri toplanmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkenlerini yaş, cinsiyet, yaşadığı yer, anne-baba eğitim durumu, arkadaşlarının tütün ürünü kullanma durumu oluştururken bağımlı değişkeni ise şu an tütün ürünü kullanıp kullanmama durumudur. Çalışmamız için Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 10.09.2025 tarihli 2025/278 numaralı onay alınmıştır. İstatistiksel değerlendirmeler için SPSS 22.0 paket programı kullanılmıştır. Çalışmada yer alan tüm veriler için uygun tanımlayıcı istatistikler hesaplanmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson Chi-square ve Fisher Exact testleri kullanılmıştır. Araştırmanın tek merkezde ve sadece son sınıf öğrencileriyle yapılmış olması çalışmanın kısıtlılığıdır.

Bulgular

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. Sınıfta öğrenim gören öğrenci sayısı 118 olup çalışmada 108(%91,52) öğrenciye ulaşılmıştır. Yaş ortalamaları 24,30±1,32 (min:23 max:30) yıldır. Öğrencilerin %51,9(n=56)'u kadın, %39,8(n=43)'i erkekti. %46,3(n=50)'ü yalnız başına evde yaşıyordu. Anne ve babalarının eğitim durumu en çok lisans veya üzeri olarak belirtilmişti[%38,9(n=42), %53,7(n=58)]. Öğrencilerin %35,2(n=38)'si şu an tütün ürünü kullanırken, %64,8(n=70)'i kullanmıyordu. Kadınların %32,1(n=18)'i, erkeklerin %34,9(n=15)'u sigara kullanmaktaydı ve cinsiyetler arasında anlamlı bir fark yoktu(p>0,05). Öğrencilerin %34,3(n=37)'ü tütün ürünü kullanmayı sadece denediğini, %3,7(n=4)'si bir dönem kullanıp bıraktığını ifade etti. Sigara kullananların %53,7(n=22)'si bırakmayı düşündüğünü, %22,0(n=9)'ı bırakmayı denediğini belirtti. Halen tütün ürünü kullananların %80,5(n=33)'i sigara, %31,7(n=13)'si nargile ve %22,0(n=9)'ı elektronik sigara kullanıyordu. Sigara içenlerin kullanmaya başladığı yaş ortalaması 19,17± 2,99 yıldı(min:9 max:26). Sigara kullananların %52,4'ü (n=22) üniversitede başladığını söyledi. Başlama nedeni %52,4 (n=22) arkadaş kullanımı, %23,8(n=10) stres %16,7(n=7) meraktı. Öğrencilerin %49,1'inin (n=53) ailesinde ve %89,8'inin

de (n=97)arkadaşları arasında tütün ürünü kullanan vardı. Arkadaşım tütün ürünü kullanmıyor diyenlerin çoğu (%90,9) şu an tütün ürünü kullanmadığını belirtti ve istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0,05). Çalışmaya katılanların tamamı(n=108) tütün ürünlerinin sağlığa zararlı olduğu, %99,1'i(n=107) kullanmayanların da tütün ürünü dumanından etkileneceği bilgisine sahipti. Ancak %50,9'u (n=55) yanında tütün ürünü kullanılmasının sakıncası olmadığını belirtti. Öğrencilerin %91,7'si (n=99) kapalı alanlarda tütün ürünü yasağının gerekli olduğunu ve sigara kullananların %97,6'sı(n=40) yasağa uyduğunu belirtti.

Sonuç ve Öneriler

Çalışmaya katılan hekim adaylarında tütün ürünü kullanma oranı yüksektir. Bilgi, tek başına davranış değişikliğini sağlamamaktadır. Bu nedenle, akran eğitiminin de yer aldığı, bilginin davranışa dönüşmesini destekleyecek yeni programlar geliştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hekim, tütün salgını, tütün ürünü

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S016]
TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE DEPRESYON, ANKSİYETE VE UYKU KALİTESİNİN SİGARA KULLANIMI İLE İLİŞKİLERİ: TÜRKİYE'DE BİR KESİTSEL ÇALIŞMA

***Ahmet Burak Avcu*[1], Zehra Ulubaba[2], Umut Emin Ünlü[2], Nazım Ünlü[2], Sevde Türkmenoğlu[2], Münira Nazlı Doğan[2], Şevval Üner[2], Ceren Uçar[2], Eylül Vural[2], Adulnur Uçar[2], Numan Ülgen[2], Deniz Türkmen[2]**

[1]*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

[2]*İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi*

Giriş-Amaç

Tütün kullanımı, önlenebilir hastalıkların küresel olarak önde gelen nedenidir ve sigaraya başlama çoğunlukla 20 yaşından önce gerçekleşmektedir. Erken başlama, nikotinin dopamin, serotonin ve glutamat sistemleri üzerindeki etkileri aracılığıyla bağımlılık riskini artırmakta; bu risk tıp fakültesi öğrencilerinde yüksek akademik stres, yetersiz uyku, depresyon ve anksiyete ile birleştiğinde daha da belirginleşmektedir. Sigara ile depresyon/anksiyete arasında çift yönlü bir ilişki olabileceği ve her ikisinin de kötü uyku kalitesi ile ilişkili olabileceği bilinmektedir. Bu çalışma, tıp öğrencilerinde sigara kullanımı ile uyku kalitesi, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkileri ve olası etkileşimleri ortaya koymayı amaçlamaktadır. Bulgularımız, üniversite kampüslerinde entegre sigara bırakma ve ruh sağlığı tarama programlarının geliştirilmesine ve genç yetişkinlere yönelik tütün kontrol politikalarının iyileştirilmesine yönelik kritik kanıtlar sağlayacaktır.

Gereç-Yöntem

Bu tanımlayıcı tipte kesitsel çalışma, 5 Şubat-14 Mart 2025 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenim gören 1741 öğrenciyi kapsayan evrende yürütülmüş; refereans çalışmaya göre tıp öğrencileri arasında sigara kullanım prevalansının %30,1 olacağı öngörüsü, %95 güven düzeyi ve ±%5 örnekleme hatası esas alınarak en az 273 kişilik örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır. Örneklem, sınıf düzeylerine (1-6) göre orantılı tabakalı olarak dağıtılmış ve her tabakadan basit rastgele örnekleme ile katılımcılar seçilmiştir. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu ve sigara kullanım özellikleri anketine ek olarak, Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışmaları bulunan Fagerström Nikotin Bağımlılığı Testi (FNBT), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), Beck Depresyon Envanteri (BDE) ve Beck Anksiyete Envanteri (BAE) kullanılmış; tüm ölçekler araştırmaya katılmaya gönüllü olan katılımcılara gizlilik sağlanarak araştırma ekibi tarafından yüz yüze uygulanmıştır. İstatistiksel analizler IBM SPSS Statistics, Version 22.0 (IBM Corp., Armonk, NY, ABD) yazılımı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Toplanan verilerin istatistiksel analizinde; tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenler için n (%) olarak, sürekli değişkenler için dağılımlarına göre ortalama±standart sapma veya medyan (çeyrekler arası açıklık) olarak sunulmuştur. Gruplar arası karşılaştırmalarda normal dağılım özelliklerine göre parametrik ve non-parametrik testler, sürekli değişkenler arasında ilişkilerin incelenmesinde ise korelasyon analizleri kullanılmıştır. Ölçek puanları (FNBT, PUKİ, BDE, BAE) için doğrusal regresyon analizi, aktif sigara içme durumunun bağımsız belirleyicilerini ortaya koymak amacıyla çok değişkenli lojistik regresyon analizi yürütülmüştür. Tüm istatistiksel testlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ kabul edilmiş olup; araştırmamız, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı'ndan kurum izni ve İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınarak (Karar No: 2025/7075) yürütülmüştür.

Bulgular

Çalışmaya 273 öğrenci katıldı (%48,0 erkek; %52,0 kadın); yaş medyanı 21 (19-23) idi. Öğrencilerin sigarayı en az bir kez deneme oranı %53,1 (n=145), aktif tütün kullanım oranı ise %25,6 (n=70) bulundu. Aktif olarak sigara kullanan öğrencilerin %94,2'si fabrika üretimi sigara kullanmakta; %31,9'u sarma sigara, %27,5'i e-sigara, %24,6'sı nargile kullandıklarını belirtti. Sigara kullanımına başlama yaşı medyanı 18,0 (17,0-19,5), kullanım süresi 3,0 yıl (2,0-5,0) olmakla birlikte, aktif tütün ürünü kullanan öğrencilerin %80,0'i bırakmak

istemekteydi. Tıp fakültesi öğrencilerinde Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) medyanı 6,0 (ÇAA: 5,0-9,0) olup, PUKİ>5 ölçütüne göre kötü uyku kalitesi prevalansı %60,8 olarak bulunmuştur. Beck Depresyon Envanteri (BDE) medyanı 11,0 (ÇAA: 7,0-18,5) bulunmuş; şiddet dağılımı minimal %36,3, hafif %31,9, orta %22,3 ve ağır %9,5'tir. Beck Anksiyete Envanteri (BAE) medyanı 12,0 (ÇAA: 7,5-20,0) olup; şiddet düzeyleri minimal %24,9, hafif %38,1, orta %25,3 ve ağır %11,7 olarak saptanmıştır. Aktif olarak sigara içen öğrencilerde ise PUKİ puanı anlamlı olarak daha yüksekti: 9,0 (6,0-11,0) vs 6,0 (4,0-8,0) (p<0,001). Kötü uyku kalitesi aktif sigara kullananlarda %77,1, kullanmayanlarda ise %55,2 idi (p=0,001). BDE puanı sigara kullananlarda kullanmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksekti: 17,0 (10,0-26,0) vs 10,0 (7,0-17,0) (p<0,001) ve depresyon bulgularının grup dağılımları anlamlı biçimde farklılık göstermekteydi (p<0,001). BAE puanı da sigara kullananlarda daha yüksekti: 15,0 (10,0-23,0) vs 11,0 (7,0-18,0) (p=0,003); ancak anksiyete şiddet kategorilerinin dağılımı açısından anlamlı fark görülmedi (p=0,132). Ölçek skorları üzerinden yapılan korelasyon analizinde aktif sigara kullanan öğrencilerde FNBT, PUKİ ile pozitif yönde orta düzeyde (r=0,383; p=0,001) ve BAE ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon göstermiştir (r=0,316; p=0,008). Tüm katılımcılar (n=273) birlikte değerlendirildiğinde PUKİ-BDE (r=0,591), PUKİ-BAE (r=0,464) ve BDE-BAE (r=0,636) arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon saptanmıştır (tümü p<0,001). Yapılan çok değişkenli lojistik regresyon analizi, PUKİ puanındaki her bir puanlık artışın sigara kullanma olasılığını %26,6 oranında artırdığını gösterirken (OR=1,266, p=0,001), BDE ve BAE puanlarının modelde anlamlı bir değişken olmadığı görüldü. Erkek cinsiyet (OR=3,55; p=0,001), ev içi maruziyet (OR=5,100; p<0,001) ve hanede sigara içen birey varlığı (OR=8,744; p<0,001) güçlü değişkenler olarak saptandı. Ayrık doğrusal regresyon analizlerinde aktif olarak sigara kullanmak PUKİ'yi +2,36 puan (B=2,36; p<0,001), BDE'yi +6,01 puan (B=6,01; p<0,001) ve BAE'yi +3,97 puan (B=3,97; p=0,002) artıran bağımsız bir değişken olarak bulundu.

Sonuç ve Öneriler

Çalışmamızın kesitsel tasarımı nedensellik kurmayı sınırlar. Özbildirime dayalı ölçümler hatırlama ve sosyal istenirlik yanlılığına yol açabilir. Verilerin tek bir kurumdan toplanması bulguların genellenebilirliğini kısıtlar. Akademik iş yükü, uyku hijyeni, baş etme mekanizmasının değerlendirilmemesi tütün ve ruh sağlığını etkileyen etmenlerin gözden kaçmasına yol açabilir. Bu çalışma, geleceğin hekimleri olan tıp fakültesi öğrencilerinde sigara kullanımının uyku kalitesini anlamlı düzeyde bozduğunu ve depresyon/anksiyete belirtilerini artırdığını göstermektedir. Bulgular, tütün bağımlılığı ile psikososyal durumun yakından ilişkili olduğunu ve erken, bütüncül müdahalelerin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Üniversite düzeyinde; kapsamlı "dumansız kampüs" politikaları, sigara bırakma danışmanlığı, öğrenci sağlığı birimlerinde kanıta dayalı farmakoterapiye erişim ve ALO 171 entegrasyonu, uyku hijyeni eğitimleri ile sınav dönemlerine özgü stres yönetimi oturumları, ayrıca psikososyal danışmanlık ve akran destek programlarının birlikte uygulanması bu olgunun yönetiminde etkili olabilir. Ayrıca yüksek riskli öğrencilerin düzenli takibi ve izleme-değerlendirme göstergeleri ile programların sürekli iyileştirilmesi, tütün kullanımını azaltmada ve ruh sağlığını güçlendirmede kritik katkılar sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, depresyon, tıp öğrencileri, tütün kullanımı, uyku bozuklukları

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S017]
FROM PAST LESSONS TO FUTURE READINESS: A QUALITATIVE STUDY ON PANDEMIC PREPAREDNESS

***İsmail Hakkı Tunçez*[1], Elif Dönmez[2], Bülent Kılıç[3]**
[1]*Konya Provincial Health Directorate*
[2]*University of Health Sciences, Hamidiye Faculty of Nursing*
[3]*Dokuz Eylül University, Faculty of Medicine, Department of Public Health*

Introduction and Aim

The COVID-19 pandemic that emerged in 2019 will not be the last pandemic. The aim of this study was to explore the underlying reasons why various pandemics could not be prevented and to identify strategies that may be proposed for future preparedness.

Materials-Methods

This phenomenological study was conducted between February and April 2025. The inclusion criteria were having experience and knowledge in pandemic management, surveillance, early warning and response systems, and willingness to participate in the study. The sample was selected through purposive sampling from academics and experts working in leading institutions and associations such as the International Society for Infectious Diseases, the European Centre for Disease Prevention and Control, the Infectious Diseases Society of America, the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, and the Global Infectious Diseases and Epidemiology Online Network. Interviews were conducted until data saturation was reached, with a total of 15 participants. Data were collected using a semi-structured interview form developed by the researchers based on the literature. The interviews were conducted online via Zoom, lasted approximately 30–35 minutes, were recorded with participant consent, and subsequently transcribed. Data were analyzed through thematic analysis, codes with similar content were clustered under common concepts, and themes were generated. The research team discussed and finalized the analysis to ensure consistency. To strengthen trustworthiness, triangulation, member checking, and internal auditing were employed. The study was supported by the TUBITAK 2219 International Research Fellowship Program (1059B192301871) and received ethical approval from the Yale University Institutional Review Board (2000039377, 02.04.2025).

Results

Within the scope of the research, interviews were conducted with a total of 15 people, 10 of whom were academics and 5 were managers, from various countries in different parts of the world. As a result of the analysis of the interviews, four main themes and the following sub-themes emerged: pandemic transformation and failure to prevent it (pathogen characteristics, delayed diagnosis-response and reporting gaps, leadership competition and lack of coordination, biosecurity Issues, globalization and urbanization, current pandemic claim), ending the pandemic and preventing new ones (herd immunity and burn themselves, development and technological advancement, funding, global virome project, are we willing?), the role of vaccines (critical role, hesitancy and correct information,), surveillance and early warning response systems (national and international level, political will, artificial intelligence and machine learning, one health approach). Some quotations related to the Delayed Diagnosis-Response and Lack of Coordination are given below: “I think there can be a couple of reasons, but a few that I can think of is the first thing is that we have delayed diagnosis and response. I think in the case of the Ebola outbreak that we had in 2014, there was a big gap between when the index case was detected and what was actually reported to be the virus.” (Ac1, Lecturer) “Each one wants to be the superhero instead of just coming together and working against the spread.” (Ad2, Medical Science Liaision)

Conclusion

The findings obtained as a result of the interviews support the multifaceted approach of pandemic literature, including not only medical but also administrative, structural, ethical and global dimensions, and guide the national and international studies that need to be conducted. It is clear that medical interventions alone will not be sufficient in pandemic management; coordinated strategies are needed in many areas such as logistics, governance, international cooperation and bioethics. Within the scope of the One Health approach, infections should be evaluated not only in a human-centered manner but also within the interaction between animals and the environment. In this context, cooperation between institutions in the fields of agriculture, environment, veterinary medicine and public health should be strengthened and data sharing should be ensured regularly. While the time factor is of vital importance in combating the pandemic, delays due to various reasons can cause a local epidemic to quickly turn into a global threat. This situation necessitates not only the increase of national health capacities but also the strengthening of global early warning and response systems. The effectiveness of early warning systems can be greatly increased with tools such as artificial intelligence and machine learning. Especially in regions with infrastructure deficiencies, these solutions are at the forefront in terms of cost-effectiveness. Public health financing for pandemics needs to be approached with a continuous preparedness approach rather than an “emergency” mentality. It is also of great importance to support countries with insufficient resources in this area. Multi-component public health strategies are needed to achieve effective results from vaccination practices in the fight against pandemics. In addition, sociopsychological and cultural interventions are of great importance to overcome vaccine hesitancy. During pandemic periods, conflicting statements and complex decision-making processes brought about by the leadership competition between government officials, health institutions, local authorities and experts undermine public trust and lead to negative outcomes. Collective action and clear communication should be prioritized over individual interests in pandemic management. The balance between scientific progress in this field and bioethics and biosafety should be carefully observed.

Keywords: COVID-19, globalization, public health emergency

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S020]
FARKLI ETNİK GRUPLARDA SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİNİN ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞILARINA YÖNELİK TUTUMLARA ETKİSİ

Ahmet Bütün, Vasfiye Bayram Değer
Mardin Artuklu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Giriş-Amaç

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama becerilerini kapsayan çok boyutlu bir kavramdır. Bu beceriler yalnızca bireyin değil, toplumun da sağlık düzeyini iyileştirmede kritik rol oynar. Bu çalışma, Mardin ilinde yaşayan dört farklı etnik gruba (Türk, Kürt, Arap ve Süryani) mensup ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile çocukluk çağı aşılarına yönelik tutumları arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamıştır.

Gereç-Yöntem

Tanımlayıcı kesitsel planlanan çalışma, Aralık 2024 – Haziran 2025 tarihleri arasında Mardin'in Artuklu ilçesinde yürütülmüştür. Mardin Artuklu Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (17.12. 2024 tarih ve 2024/12-1 sayılı) etik onay alınmıştır. Araştırmanın evrenini Mardin'in Artuklu merkez ilçesinde, okuma yazması olan, 18 yaş ve üstü, en az 1 yaşayan çocuğu olan, çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 4 farklı etnik yapıya sahip bireyler oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde G*Power 3.1 programı kullanılmıştır, örneklem büyüklüğü 280 kişi olarak öngörülmüş, toplamda 864 bireyle tamamlanmıştır. Veriler yüz yüze görüşmelerle, demografik bilgiler, Türkçe Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ve Ebeveynlerin Çocukluk Aşılarına Yönelik Tutum Ölçeği içeren üç bölümlük bir anket aracılığıyla toplanmıştır, SPSS 22.0 istatistik programıyla değerlendirilmiştir. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler, bağımsız gruplar t testi, ANOVA, Pearson korelasyonu, lineer regresyon analizlerinden faydalanılmıştır, p<=0.05 anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Bulgular, etnik gruplar arasında sağlık okuryazarlığı düzeyleri, çocukluk çağı aşılarına ilişkin tutumlar ve aşı uygulamaları açısından anlamlı farklılıklar olduğunu göstermektedir. Çocukluk çağı aşılarının zamanında ve eksiksiz yaptırılma oranı, Arap grubunda en düşük düzeyde, Süryani grubunda en yüksek düzeydedir (p=0.000). Sağlık kurumlarına ulaşım açısından Türk grubunun %20.9'u erişimini "çok iyi" olarak değerlendirmiştir (p=0.000). Genel sağlık okuryazarlığı puanlarında etnik gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır (p=0.000). Arap grubunun ortalama puanı, diğer tüm gruplardan anlamlı düzeyde düşüktür. Türk, Kürt ve Süryani grupları arasında ise anlamlı fark bulunmamaktadır. Alt boyut analizlerinde (bilgiye ulaşma, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme, bilgiyi kullanma, tedavi-hizmet ve korunma-sağlık), Arap grubunun puanları diğer gruplardan anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Süryani grubunun "bilgiyi değerlendirme" ve "korunma–sağlık" alt boyut puanları, Kürt grubuna göre anlamlı şekilde daha yüksek çıkmıştır (p=0.000). Aşılara yönelik tutum puanları etnik gruplar arasında farklılık göstermektedir. Arap grubu en düşük tutum ortalamasına sahipken, Türk grubu en yüksek ortalamaya sahiptir. Post-hoc analizler, Süryani grubunun tutum puanının Kürt grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğunu göstermiştir. Tüm etnik gruplarda genel sağlık okuryazarlığı puanları ile çocukluk çağı aşılarına yönelik tutum puanları arasında anlamlı ve negatif yönlü korelasyonlar saptanmıştır (p<0.01). Tüm alt boyutlar ile tutum puanı arasında da anlamlı negatif ilişkiler gözlenmiştir. En güçlü negatif ilişki, Süryani grubunda "bilgiyi anlama" alt boyutunda tespit edilmiştir (p=0.000). "Bilgiyi kullanma" boyutu, Arap, Kürt ve Türk gruplarında anlamlı ilişki göstermekteyken; Süryani grubunda anlamlılık sınırında kalmıştır (p=0.063). Özellikle "tedavi ve hizmet" ile "korunma–sağlık" alt boyutları tüm etnik gruplarda aşı tutumlarıyla güçlü şekilde ilişkilidir. Sağlık okuryazarlığı puanı, tüm gruplarda çocukluk çağı aşılarına yönelik tutumu anlamlı ve negatif yönde yordayan bir değişken olarak bulunmuştur.

Sonuç ve Öneriler

Ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı, çocukluk çağı aşılarına yönelik tutumların belirleyicisi olarak öne çıkmaktadır. Etnik gruplar arasındaki sağlık okuryazarlığı eşitsizlikleri, aşı tereddüdüne katkıda bulunmakta ve bağışıklama çabaları açısından zorluk oluşturmaktadır. Halk sağlığı müdahaleleri, özellikle dezavantajlı etnik gruplar arasında kültürel olarak uyarlanmış sağlık okuryazarlığı programlarına öncelik vermelidir. Toplum temelli eğitim, dijital okuryazarlık eğitimi ve kültürel liderlerle iş birliği, aşı kabulünü artırabilir ve çocukluk çağı bağışıklama oranlarını iyileştirebilir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık okuryazarlığı, aşı, ebeveyn, çocukluk, tutumlar

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S021]
MENEMEN, İZMİR'DE 1181 COVID-19 OLGUSUNUN EPİDEMİYOLOJİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ: TANIMLAYICI BİR ÇALIŞMA

***Gökben Yaslı*[1], *Gülper Şener*[2]**
[1]*İzmir Bakırçay Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[2]*İzmir Menemen Devlet Hastanesi*

Giriş-Amaç

SARS-CoV-2 enfeksiyonu salgını, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından Koronavirüs Hastalığı 2019 (COVID-19) olarak adlandırılmaktadır. COVID-19, yeni tip koronavirüsün neden olduğu bir solunum yolu hastalığı olup, ilk olarak Aralık 2019'da Çin'in Wuhan kentinde tanımlanmıştır. Hızlı yayılımı ve yol açtığı ölümler nedeniyle DSÖ, 11 Mart 2020 tarihinde COVID-19'u pandemi ilan etmiştir. COVID-19'un başlıca bulaş yolu, hava yoluyla veya doğrudan temasla bulaşabilen solunum damlacıklarıdır. Ayrıca asemptomatik taşıyıcılar da bulaş zincirinde önemli bir role sahip olup, dikkatle değerlendirilmelidir. Asemptomatik vaka, enfekte olduğu hâlde semptom göstermeyen kişidir; asemptomatik bulaş ise bu kişiden başkalarına virüs geçmesidir. COVID-19, yüksek derecede bulaşıcı bir enfeksiyon olup herkesi etkileyebilir. Morbiditede en önemli faktör enfeksiyona maruziyettir. Yaygın semptomlar arasında yüksek ateş, kuru öksürük ve şiddetli yorgunluk yer almakla birlikte bazı pediatrik hastalarda hafif ateş veya hiç ateş görülmeyebilir. Ayrıca nefes darlığı, baş ağrısı ve karın ağrısı gibi diğer belirtiler de olabilir. Komorbiditeler de COVID-19'da önemli bir etkendir. Zhou ve ark. (2020) tarafından yapılan bir çalışmada 191 hasta incelenmiş, hastaların %48'inde (91 hasta) komorbidite saptanmıştır. En sık görülen komorbiditeler; %30 hipertansiyon (58 hasta), %19 diyabet (36 hasta) ve %8 koroner kalp hastalığı (15 hasta) olarak bulunmuştur. COVID-19 enfeksiyonu şüphesi olan olgularda radyolojik değerlendirme büyük önem taşır. Erken tanı, zamanında tedavi açısından kritiktir. BT'de tipik COVID-19 bulguları arasında posterior veya alt lob tutulumunun görüldüğü, periferal yerleşimli, düzenli konsolidasyonlar ve multifokal buzlu cam opasiteleri bulunur. Buzlu cam opasitelerinin sayısı ve yoğunluğundaki artış hastalığın ilerlediğini gösterir. Toraks BT, erken tanı, izlem ve hastalık değerlendirmesinde önemli rol oynar. Bu çalışmanın amacı, COVID-19 hastalarının epidemiyolojik, klinik ve radyolojik özelliklerini etkileyen faktörleri incelemek, literatür ile karşılaştırmak ve COVID-19 ile ilgili veri kaynağı oluşturmaktır.

Gereç-Yöntem

Bu çalışma tanımlayıcı tiptedir ve örneklem seçimi yapılmamıştır. Mart 2020–Aralık 2021 tarihleri arasında İzmir Menemen Devlet Hastanesi'ne başvuran, kesin COVID-19 tanısı konmuş 1181 hastanın demografik bilgileri, klinik semptomları, komorbiditeleri, laboratuvar verileri ve radyolojik bulguları hastanenin elektronik veri tabanından geriye dönük olarak elde edilmiştir. SARS-CoV-2 enfeksiyonu moleküler yöntemlerle doğrulanan veya BT'de tipik COVID-19 bulguları saptanan olgular kesin vaka olarak değerlendirilmiştir. Hastalık şiddeti, DSÖ ve ABD kılavuzları temel alınarak şu şekilde sınıflandırılmıştır: Hafif: Ateş, öksürük, boğaz ağrısı, baş ağrısı, yorgunluk gibi semptomların varlığı ancak nefes darlığı, solunum sıkıntısı olmaması ve akciğer grafisinin normal olması. Orta: Solunum yolu enfeksiyonu semptom ve bulgularının varlığı, oksijen satürasyonunun >=%94 olması. Ağır: Solunum sayısının >30/dk olması, oksijen satürasyonunun <%94 olması, PaO_2/FiO_2 oranının <300 mmHg olması veya akciğerlerde %50'den fazla infiltrasyon bulunması. Kritik: Solunum yetmezliği, septik şok ve/veya multiorgan yetmezliğinin bulunması. Hasta verileri gizli tutulmuştur. Demografik bilgiler, laboratuvar bulguları, kronik hastalık varlığı, hastanede kalış süresi, klinik semptomlar, toraks BT bulguları ve laboratuvar sonuçları analiz edilmiştir. Ölüm verileri hem hastane içi hem hastane dışı kayıtlar dikkate alınarak hesaplanmıştır. Yoğun bakım ihtiyacı olan hastalar yönlendirilmiş ve mortalite durumları e-Nabız sistemi üzerinden 3 ay süreyle izlenmiştir. Laboratuvar değerleri, başvurudan sonraki ilk 24 saat içerisinde kaydedilmiştir. Etik onay İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (no: 54; onay tarihi: 24 Şubat 2022). Retrospektif bir çalışma

olduğundan aydınlatılmış onam alınmamıştır. Çalışma için finansal destek alınmamıştır. Tanımlayıcı veriler sayı, yüzde, minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma olarak verilmiş; istatistiksel analizde ki-kare testi ve mortaliteyi etkileyen bağımsız değişkenler için İkili Lojistik Regresyon analizi kullanılmıştır. Normal dağılım Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiş, $p<0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Hastaların yaş ortalaması 60,21±16,7 yıl (min: 0, maks: 98) olup %52,8'i erkektir. Ortalama hastanede kalış süresi 4,76±3,31 gündür (min: 0, maks: 21) ve olguların %31,3'ünde kronik hastalık vardır. Hastalık şiddetine göre olguların %42,62'si hafif (n=503), %41,7'si orta (n=493) şiddettedir. Hastaların %76,2'si (n=900) iyileşerek taburcu edilmiştir. Toplam mortalite oranı (hastane içi ve dışı) %10,2'dir. En sık başvuru semptomları nefes darlığı (%18,0), öksürük (%15,4) ve ateştir (%10,8). Kronik hastalık varlığı 18–64 yaş grubunda diğer yaş gruplarına göre daha yüksektir ($p=0,004$). DSÖ sınıflamasına göre 18–64 yaş aralığında hafif, orta ve ağır olgu oranı diğer yaş gruplarına göre daha yüksektir ($p=0,0032$). 65 yaş ve üzeri hastalarda iyileşerek taburcu olma oranı 18–64 yaş grubuna göre daha düşüktür ($p<0,001$). 65 yaş ve üzerindeki hastalarda hastane içi mortalite oranı, 18–64 yaş grubuna göre daha yüksektir ($p<0,001$). Kritik bakım ihtiyacı ile yoğun bakıma sevk edilenlerde mortalite, 65 yaş ve üzeri grupta diğer yaş gruplarına kıyasla daha yüksektir ($p=0,000$). Kronik hastalığı olan bireylerde başvuru sırasında CRP, ferritin, troponin, üre, ALT, potasyum, lökosit, bazofil düzeyleri ve solunum sayısı, kronik hastalığı olmayanlara göre anlamlı derecede yüksektir. Mortalite durumu ile çeşitli değişkenler karşılaştırıldığında; 65 yaş ve üzeri bireylerde, kronik hastalığı olanlarda, hastanede daha kısa süre kalanlarda ve ağır COVID-19 olgularında mortalitenin anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Çalışmada mortalite oranı %10,2 bulunmuştur. Lojistik regresyon analizinde; 65 yaş ve üzeri bireylerde ölüm riski, 65 yaş altı gruba göre 0,24 kat; hastaneye yatırılanlarda mortalite riski yatırılmayanlara göre 4,9 kat; orta, ağır ve kritik olgularda mortalite riski hafif olgulara göre 3,9 kat daha yüksek bulunmuştur ($p=0,000$).

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada, 65 yaş ve üzeri kronik hastalığı bulunan bireylerde COVID-19'un kötü prognoza sahip olduğu belirlenmiştir. CRP, ferritin, troponin, üre, ALT, potasyum, lökosit, bazofil düzeyleri ve solunum sayısındaki yükseklik, hastalığın şiddetini öngörmede önemli göstergeler olarak değerlendirilebilir. Kritik hastaların erken tanınması, COVID-19 ile mücadelede mortaliteyi azaltmada önemli bir strateji olacaktır. Ülke genelinde çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, epidemiyoloji, kronik hastalık, mortalite, yaşlı

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S022]
YOUTUBE'DAKİ HPV AŞISI BİLGİLERİNİN KALİTESİ VE GÜVENİLİRLİĞİ: ÇOKLU DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİ KULLANAN KESİTSEL BİR ÇALIŞMA

***Didem Yüzügüllü*, Özlem Kızıltaş**
Adana Seyhan İlçe Sağlık Müdürlüğü

Giriş-Amaç

HPV aşısı, rahim ağzı kanserine karşı etkili bir koruyucu önlem olarak Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilmekte ve birçok ülkede ulusal aşı programlarına dahil edilmektedir. Aşı konusundaki tereddütler dünya çapında artmaktadır ve halk sağlığının en önemli sorunlarından birisi haline gelmiştir. Çevrimiçi ortamda aşılama hakkında yanlış bilgilerin varlığı, bilimsel bilgileri görmeyi engellemekte ve halkın aşılama programlarına bakış açısını etkilemektedir. Bu çalışmanın amacı, YouTube'da HPV aşısı hakkında yayınlanan videoların JAMA, GQS ve DİSCERN ölçekleri ile içerik kalitesi ve güvenilirlik açısından değerlendirilmesidir.

Gereç-Yöntem

Kesitsel tipteki bu çalışmada "YouTube" isimli kamuya açık video paylaşım sitesi kullanıldı. "HPV vaccine" ve "HPV vaccination" anahtar kelimeleri için, 22.04.2025'e kadar yüklenen videolardan ilk 120'si (iki anahtar kelime için toplamda 240 video) dikkate alındı çünkü önceki çalışmalarda gösterildiği gibi YouTube kullanıcılarının %80-90'ı bir aramanın yalnızca ilk üç sayfasını görüntülemektedir. Kaydedilen tüm videolar iki hekim tarafından ayrı ayrı değerlendirildi ve kriterleri karşılayan İngilizce dilindeki 113 video dahil edildi. Çalışmanın bağımsız değişkenleri videoların yükleme tarihleri, videonun yüklendiği tarihten itibaren geçen süre (ay), yükleyicinin toplam video sayısı, video uzunluğu (dakika), videonun oynatma sayısı, beğenme sayılarıydı. Videoların içeriklerinin incelenmesinin ardından, videolar kaynağına göre kategorilere (akademik kurumlar/mesleki örgütler, hekimler/sağlık profesyonelleri, haber siteleri ve bağımsız kullanıcılar) ayrıldı. Bağımlı değişkenler olan videoların içerdiği bilgilerin kalitesi ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi için Global Quality Score (GQS), Quality Criteria for Consumer Health Information (DISCERN) ve Journal of the American Medical Association (JAMA) puanlama sistemleri kullanıldı. Çalışmanın verileri için incelediğimiz videolar, Youtube'da yayınlanan, kamuya açık videolardı; bu nedenle etik kurul onayı alınmadı. Ayrıca herhangi bir kuruluştan finansal destek alınmadı. Veriler, IBM SPSS versiyon 22.0 (IBM Corp., Armonk, NY, ABD) yazılımı ile analiz edildi. Analizlerde bağımsız gruplarda t testi, Mann-Whitney U testi, Spearman korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

Bulgular

Analiz edilen 113 videonun büyük çoğunluğu (%90,3) HPV aşısı hakkında olumlu tutumu yansıtmış olup, güvenilirlik ve kalite açısından önemli farklılıklar gözlenmiştir. DISCERN puanlarına göre videoların bilgi güvenilirliği/kalitesi değerlendirildiğinde %24,8'inin çok kötü veya kötü olduğu, %25,7'sinin iyi; %20,4'ünün mükemmel olduğu anlaşıldı. GQS puanına göre videoların %36,3'ünün yüksek kalitede olduğu anlaşıldı. Genel olarak, sağlık kuruluşu kaynaklı videolar, uzman olmayan kişiler ve medya/haber kaynaklı videolara kıyasla daha yüksek kalite ve güvenilirlik skorları elde etmiştir. Sağlık uzmanı/kuruluşu kanallarının videoları daha yüksek etkileşim almıştır. Güvenilirlik ölçütleri olan JAMA, GQS ve DISCERN skorları, sağlık uzmanı kaynaklı videolarda anlamlı derecede daha yüksek olup, bilgi güvenilirliği ve kalitesi açısından önemli bir farklılık sağlamıştır. Video uzunluğu ile kalite ve güvenilirlik skorları arasında pozitif korelasyonlar saptanmıştır.

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak sağlık uzmanı kaynaklı videoların daha yüksek kalite standartlarına sahip olduğu ve sağlık profesyonellerinin dijital platformlarda önemli bir yere sahip olduğu anlaşıldı. Çalışmanın sınırlılıkları arasında YouTube'un sürekli değişen algoritması ve yeni video yüklemeleri nedeniyle sonuçlar zamana bağlı

olarak değişebilmesi, video izleyicilerinin demografik özellikleri ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri hakkında bilgi bulunmaması sayılabilir. YouTube gibi geniş erişimli ve popüler bir platformda, sağlıkla ilgili bilgilerin doğru, güvenilir ve bilimsel temellere dayanan kaynaklardan sağlanması hayati önem taşımaktadır. Özellikle, sağlık kurumları ve uzmanlar tarafından hazırlanan yüksek kaliteli videoların erişilebilirliğinin artırılması, yanlış bilgi ve mitlerin yayılmasını önlemek açısından kritik önem taşımaktadır. Sosyal medya üreticileri ve platform yöneticileri ise sağlık içeriklerinin kalite standardizasyonu için özel algoritmalar geliştirmeye ve güvenilir sağlık kaynaklarının önceliklendirilmesini sağlamaya çalışmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Rahim ağzı kanseri, insan papilloma virüsü, HPV aşısı, kadın sağlığı

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S023]
MAYMUN ÇİÇEĞİ HASTALIĞI VE AŞILAMAYA YÖNELİK BİLGİ, TUTUM VE GÖRÜŞLER

***Ali Ayberk Arıcan**, Nergiz Sevinç, Erkay Nacar, Resil Coşkun*
Karabük Tıp Fakültesi

Giriş-Amaç

Mpox Hastalığı Poxviridae ailesindeki Mpox virüsün neden olduğu hayvanlarda ve insanlarda patojenik viral bir hastalıktır. Enfeksiyonun yaygın belirtileri arasında ağrı, ateş, yorgunluk ve lenfadenopati bulunur. Mpox'un aşısı vardır ve aşılama diğer halk sağlığına yönelik koruyucu tedbirlerle birlikte ele alınmalıdır. Bu araştırmada hem sağlık çalışanları hem de toplumun diğer kesiminde Mpox Hastalığı'na yönelik bilgi, tutum ve aşılamaya yönelik bakış açılarını ele almak amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Bu araştırma kesitsel tipte olup 1 Ekim 2024-1 Kasım 2024 tarihleri arasında Karabük ilinde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini Karabük ilinde ikamet eden kişiler oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü analizi sonucunda %80 güç, %95 güven aralığını sağlamak için ulaşılması gereken en küçük örneklem büyüklüğü 425 kişi bulunmuştur. Çalışma toplam 684 katılımcı ile yeterli örneklem büyüklüğünün üzerinde bir sayı ile tamamlanmıştır. Katılımcılara ulaşmak ve anketin oluşturulması maksadıyla web tabanlı bir çevrimiçi anket platformu kullanılmıştır. Anket, literatürde kapsamlı bir arama yapıldıktan sonra tasarlanmış olup toplamda 27 sorudan oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcıların yaş, cinsiyet, meslek, gelir durumu, eğitim düzeyi, yaşanılan yer gibi çeşitli sosyodemografik özellikler sorgulanmıştır. İkinci ve üçüncü bölüm ise, maymun çiçeği hastalığı hakkındaki bilgi ve tutumlarına yönelik sorulardan oluşmuştur. Çalışmadaki verilerin analizi SPSS 27.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Kişilerin tanıtıcı özelikleri, frekans ve yüzde ile ifade edilmiştir. Kategorik verilerin değerlendirilmesinde ki-kare analizi uygulanmıştır, anlamlılık düzeyi p<=0.05 olarak kabul edilmiştir. Çalışma için Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul'undan onay alınmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 31,98 (SS=12.833) olup %55,1'i 18-30 yaş aralığındadır. Cinsiyete göre dağılımlarına bakıldığında %57,0'ı kadındır. %78,9 ve %75.0 ile en fazla bilinen iki semptom sırası ile ateş ve döküntü olmuştur.

Katılımcıların %18,9'u maymun çiçeğinin onaylı aşısı olduğunu biliyordu ve bilenlerin çoğunluğu 18-30 yaş grubundadır. Çalışma durumuna göre maymun çiçeği için onaylı aşının varlığını bilenlerin çoğunluğu üniversite öğrencileri iken, medeni durum açısından bekar katılımcılardır. Gruplar arasında yapılan karşılaştırmada, yaş, medeni durum ve çalışma durumu grupları açısından anlamlı farklar bulunmuştur (p<0,001). Cinsiyet, yaşanılan yer, eğitim düzeyi ve ekonomik durumlara göre yapılan istatistiki analizde anlamlı fark yoktur. Çalışmadaki kişilerden sadece %19,2'si maymun çiçeğine karşı aşı yaptırma düşüncesine sahiptir ve çoğunluğu 18-30 yaş grubundadır. Maymun çiçeği aşısı yaptırma düşüncesine sahip olanların çoğunluğu üniversite öğrencisi ve bekar katılımcılardır. Yapılan analizde, yaş, medeni durum ve çalışma durumu grupları açısından anlamlı farklar bulunmuştur (p<0,001). Cinsiyet, ikamet yeri, eğitim düzeyi ve ekonomik duruma göre bir anlamlı fark yoktur. Maymun çiçeği hakkında en fazla bilgi edinme yeri internet olup bu oran 18-30 yaş grubunda, bekarlarda ve üniversite öğrencilerinde daha fazladır. Yapılan analizlerde yaş grubu, medeni durum ve çalışma durumu ile bilgi edinme kaynakları arasındaki anlamlı fark vardır (p<0,001). Katılımcıların %44,9'u maymun çiçeği haberlerinden endişelendiğini belirtirken, bu oran kadınlarda ve ekonomik durumu geliri giderine eşit olanlarda daha fazladır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırası ile p<0,001, p=0,017).

Sonuç ve Öneriler

Katılımcıların çoğunluğunun, özellikle Mpox aşısı hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı görülmüş, bu durum koruyucu sağlık hizmetlerine yeterince önem verilmediğini düşündürmüştür. Toplumun tüm kesimlerinin bilgi ve tutumları, bulaşıcı hastalıklarla mücadelede kritik öneme sahiptir. Mpox hakkında toplumsal farkındalığın artırılması ve olası gelecekteki salgınlara yönelik hazırlık yapılması, halk sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır. Son dönemde bilgi edinmede çevrim içi ortamlar ve sosyal medya içeriklerinin daha fazla kullanıldığı düşünüldüğünde, özellikle sağlık konularında bilgi kirliliğini önlemek adına denetimlerin ve kontrollerin artırılması faydalı olabilir. Ayrıca, devlet desteğiyle hazırlanacak kamu spotları ve halk sağlığı eğitimlerinin, olası bir Mpox salgınında koruyucu önlemler ve aşılama açısından olumlu katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Maymun çiçeği, bilgi, aşılama

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S024]
TIP FAKÜLTESİ DÖNEM ALTI ÖĞRENCİLERİNİN HPV BİLGİ DÜZEYLERİNİN, FARKINDALIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

***Doğukan Yardımcı*, Didem Daymaz Yılmaz, Meral Saygun**
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Human Papillomavirus (HPV), kanserler de dahil olmak üzere aşılama ile önlenebilen önemli bir hastalık yüküne neden olmaktadır. Tıp fakültesi öğrencilerinin HPV ve aşısı konusunda bilgi düzeylerinin ve tutumlarının değerlendirilmesi toplumsal farkındalığın ve aşıyla korunmanın yaygınlaşması açısından oldukça önemlidir. Bu çalışmanın amacı bir tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin HPV ve aşısı konusunda bilgi düzeylerinin, farkındalıklarının ve tutumlarının değerlendirilmesidir.

Gereç-Yöntem

Evrenini 2025-2026 eğitim öğretim yılında Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenim gören 141 dönem altı öğrencisinin oluşturduğu kesitsel tipteki bu çalışmada, örnek seçilmemiş olup, evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmada 122 öğrenciye ulaşılmış sekiz kişi veri toplama formunu eksik doldurduğu için araştırma dışı bırakılmıştır. Analizlere 114 kişi dahil edilmiştir. Kırıkkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul'undan (Tarih: 18.06.2025 ve Karar no: 2025.06.08) ve Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığından çalışma öncesi gerekli izinler alınmıştır. Bu araştırmada veri kaynağı araştırmacılarca oluşturulan 25 soru ve Human Papilloma Virüsü Bilgi Ölçeği (HPV-BÖ)'den oluşan anket formudur. Anket formları, gönüllülük esasına dayalı olarak çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilere Temmuz 2025'te bulundukları stajlara gidilerek gözlem altında uygulanmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri; öğrencilerin yaş, cinsiyet, HPV aşısı olma durumu, HPV aşısını yaptırma düşüncesi, HPV aşısının ulusal aşı programında yer alması hakkındaki görüşü olup HPV-BÖ değeri bağımlı değişkenidir. HPV-BÖ Waller ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlilik çalışması Feyza Demir ve arkadaşları tarafından (Cronbach alfa değeri 0,96) yapılmıştır. HPV-BÖ 4 alt ölçek ve 33 maddeden oluşmaktadır. HPV-BÖ'den alınabilecek toplam puan 0-33 arasında değişmekte olup ölçekten alınan puanın yüksek olması HPV konusunda bilgi düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada veriler SPSS 25.0 paket programı ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler, nicel veriler için ortalama, standart sapma, kategorik veriler için sayı ve yüzdeler olarak sunulmuştur. Niceliksel verilerin değerlendirilmesinde, normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerde Ki-Kare testi, Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olması olarak kabul edilmiştir. Katılımcıların HPV aşı olma durumunun katılımcıların kendi beyanları ile belirlenmesi ve cinsel yaşam davranışına ilişkin soruların sorulmamış olması bu çalışmanın sınırlılıklarındandır.

Bulgular

Öğrencilerin ortalama yaşı 24,0±1,8 (En az: 22-en çok: 39) yıl olup %62,3'ü kadındır. Katılımcıların %10,5'i HPV aşısı olmuş ve aşı yaptırmayanların %79,2'si (n=80) aşı yaptırmayı düşünmektedir. Katılımcılar HPV aşısı yaptırmama nedenlerini en sık olarak (%40,2, n=41) cinsel olarak aktif olmama, (%37,3, n=38) aşının pahalı olması, (%28,4, n=29) Sağlık Bakanlığı rutin aşılama programında yer almaması olarak bildirmiştir. Katılımcıların %69,9'u (n=79) HPV aşı ücretlerinin bireysel olarak karşılanamaz olduğunu, %93,9'u HPV aşısının ulusal aşı programına alınması gerektiğini belirtmiştir. Kadınların %12,7'si, erkeklerin %7,0'si HPV aşısını yaptırmıştır (p= 0,530). Kadınların %88,5'i, erkeklerin %65,0'i HPV aşısını yaptırmayı düşünmektedir (p= 0,009). Katılımcıların HPV-BÖ toplam puan ortalaması 22,5±3,6'dir. Katılımcıların beyan ettiği HPV ile ilişkili hastalıklar ve HPV aşısı konusunda bilgi düzeyleri ile HPV-BÖ toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır (p=0,024, p=0008).

Sonuç ve Öneriler

Öğrencilerin aşı yaptırma sıklığının düşük olduğu ancak büyük bir kısmının aşı yaptırmak istediği, HPV konusunda bilgi düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Öğrencilerde aşılanma sıklığının arttırılması için aşının ulaşılabilirliğinin arttırılması oldukça önemlidir. HPV aşının ücretsiz olması hedef popülasyonda aşılama hızlarını olumla yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Aşının koruyuculuğu ve uygulama endikasyonları konusunda farkındalık arttırıcı uygulamalarda önemli role sahip hekimlerin aşılanma durumu ve bilgi düzeyleri süreç açısından oldukça değerlidir.

Anahtar Kelimeler: Bilgi, tıp öğrencileri, tutum, HPV aşıları, human papillomavirüsü

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S025]
ERZURUM'DA HAVA KİRLİLİĞİ POLİTİKALARININ HALK SAĞLIĞI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ (2017–2025)

Esra Daharlı
Erzurum Yakutiye İlçe Sağlık Müdürlüğü

Giriş-Amaç

Bu çalışmada, 2017–2025 yılları arasında Erzurum'da hava kirliliği düzeyleri ile solunum yolu hastalıklarına ve kansere bağlı ölümler birlikte incelenmiş, yerel politikaların etkileri halk sağlığı perspektifinden değerlendirilmiştir.

Gereç-Yöntem

Meteoroloji Genel Müdürlüğü'nden elde edilen yıllık ortalama PM10, SO_2 ve O_3 değerleri ile Türkiye İstatistik Kurumu ve İl Sağlık Müdürlüğü verilerinden alınan solunum yolu hastalıklarına ve kansere bağlı ölüm sayıları analiz edilmiştir. Ölüm oranı, toplam ölümler içindeki pay olarak; mortalite hızı ise (100.000'de) nüfus bazlı hesaplanmıştır. Bulgular, Türkiye Hava Kalitesi Yönetmeliği, Avrupa Birliği standartları ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2021) hava kalitesi kılavuzları ile karşılaştırılarak yorumlanmıştır.

Bulgular

Belirtilen tarih aralığında SO_2 ve CO düzeylerinde belirgin azalma saptanmış, bu durum Erzurum'da doğalgaz kullanımının yaygınlaşması ile ilişkilendirilmiştir (2022'de ~%76, 2023'te ~%85, 2024'te ~%88 hane erişimi). 2022–2024 döneminde doğalgaz erişiminin yaklaşık %76'dan %88'e yükselmesi, SO_2 ve CO düzeylerinde saptanan düşüşle uyumlu bulunmuştur. PM10 değerleri özellikle kış aylarında yüksek seyretmiş, O_3 düzeylerinde ise yıllık ortalamalarda artış eğilimi gözlenmiştir. Kansere bağlı ölümler toplam ölümler içinde %47,4 (2021) ile %61,3 (2023) arasında değişmiştir. Korelasyon analizlerinde kirleticiler ile kanser ölümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Solunum yolu hastalıklarına bağlı ölümler ise yalnızca O_3 ile anlamlı ilişki göstermiştir ($r=0.432$, $p=0.03$). Bununla birlikte, PM10 ve O_3 düzeylerindeki dalgalanmaların kansere bağlı ölüm oranlarıyla benzerlik gösterdiği dikkat çekmiştir. Sonuçların trend analizi şekil-1'de sunuldu.

Sonuç ve Öneriler

Erzurum'da enerji ve ısınmaya yönelik politikalar (doğalgaz dönüşümü, temiz yakıt kullanımı) hava kalitesi üzerinde olumlu etkiler yaratmıştır. Ancak ulaşım ve ikincil kirleticiler (özellikle ozon) konusunda önemli boşluklar devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hava kirliliği, halk sağlığı, kansere bağlı ölümler, solunum yolu hastalıklarına bağlı ölümler

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S026]
THE RELATIONSHIP BETWEEN VALUE ORIENTATIONS AND PRO-ENVIRONMENTAL BEHAVIORS: THE MEDIATING ROLE OF PERSONALITY SOCIAL RESPONSIBILITY

***Sevgi Tulupcu*[1], *Feyza Bardak*[2]**
[1]*Karamanoğlu Mehmetbey University*
[2]*Süleyman Demirel University*

Introduction and Aim

Environmental health is significant for humans, biodiversity, and ecosystems. Pro-environmental behaviors play a crucial role in the protection of the environment and the development of societal environmental awareness. Objective: This study was conducted to examine the mediating role of personality social responsibility in the relationship between adults' Value Orientations and Pro-environmental Behaviors.

Material-Methods

This cross-sectional study was conducted with 714 adults. The estimated sample calculation, an effect size of 0.033, which was converted to f^2 for linear multiple regression modeling in the G*Power program, a 0.01 error rate, and a 99% confidence level were used, planning for a total of 659 individuals to participate in the study. Ultimately, the study was completed with 714 individuals. To determine the relationship between pro-environmental behaviors and the participants' characteristics, independent samples t-tests and one-way analysis of variance (ANOVA) were employed. Additionally, to test the research hypotheses, structural equation modeling was performed to evaluate the research model. The study was approved by the Scientific Research Ethics Committee of Süleyman Demirel University (E-87432956-050.99-776018). Informed consent was obtained from all participants.

Results

The mean scores for pro-environmental behavior are higher among female participants compared to male participants ($p < 0.05$). Additionally, participants with good and moderate economic status have higher average pro-environmental behavior scores than those with poor economic status ($p < 0.05$) It was found that altruistic value orientation and biospheric value orientation positively influence pro-environmental behaviors; however, the inclusion of personality social responsibility in the model provides a better explanation for pro-environmental behaviors.

Conclusions

In order to develop pro-environmental behaviors in individuals, it is recommended that programs be carried out to develop altruistic and biospheric value orientations as well as social responsibility awareness.

Keywords: Altruistic value, biospheric value, egoistic value, pro-environmental, social responsibility

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S027]
HAVA KİRLİLİĞİ DÜZEYLERİ İLE ÖLÜM SAYILARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: BİR METROPOLDE, 7 YILLIK TAKİP

***Sümeyye Nur Aydın*[1], *Merve Yılmaz*[2], *Günay Can*[3]**
[1]*İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı*
[2]*İstanbul Teknik Üniversitesi*
[3]*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

Giriş-Amaç

Hava Kirliliği, insan ve çevre sağlığını ciddi şekilde etkileyen önemli halk sağlığı sorunlarındandır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre hava kirliliğine maruziyet sonucunda her yıl yaklaşık 7 milyon insan yaşamını kaybetmektedir. Küresel nüfusun ancak %1'i Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün hava kalitesi yönergelerinin karşılandığı bölgelerde yaşamaktadır. Uzun yıllardır hava kirliliğine bağlı mortalite ve morbidite çalışmaları ile hava kirliliğinin sağlık üzerindeki etkilerinin değerlendirmesi ve gerekli müdahalelerin geliştirilmesi hedeflenmektedir. Çalışmamızda ulusal hava kalitesi standartlarını geliştirilmesine katkı sunmak amacıyla İstanbul'da ölçümü yapılan hava kirliliği parametrelerinin mortalite üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi hedeflenmiştir. Çalışmanın amacı, 2013-2019 yılları arasında İstanbul ilindeki tüm istasyonlarda ölçülen kirletici parametre düzeylerini belirlemek ve hava kirliliği parametreleri ile çalışma yılları arasında meydana gelen kaza dışı tüm ölümler arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem

Bu ekolojik çalışmada, Türkiye Cumhuriyeti Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı ve İstanbul Büyükşehir Belediyesi Hava Kalitesi İzleme Merkezi tarafından sağlanan halka açık verilerden 2013-2019 yılları arasındaki günlük hava kirliliği parametreleri kullanılmıştır. Aynı yıllarda meydana gelen kaza dışı tüm nedenlere bağlı ölüm verileri İstanbul Büyükşehir Belediyesi (İBB) Mezarlıklar Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınarak kullanılmıştır. Verilerinin düzenlenmesi ve analizinde Microsoft Office Excel (Microsoft Corporation, Redmond, WA, USA) programı, SPSS v26.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA), modelin tanımlanması, risk analizi ve görselleştirme için dlnm (v2.4.7) ve ggplot2 (v3.3.6) eklentileri ile RStudio yazılımı kullanılmıştır. Günlük hava kirliliği düzeyleri ile ölüm sayıları arasındaki korelasyon değerlendirilmiştir. Hava kirliliği düzeylerinin, günlük ölüm sayılarına etkisini değerlendirmek için Quasi-Poisson regresyon modeli kullanılmıştır. Kullanılan regresyon modelinde hava kirliliğinin etkisi doğal kübik spline fonksiyonu ile tanımlandı. Modelin açıklayıcılığını artırmak için zaman değişkeni (7 yıl), sıcaklık, rüzgar ve nem değişkenleri modele kategorik değişkenler olarak eklendi. Model bileşenlerini belirlemek için bağımlı değişken olarak İstanbul'da günlük olarak kaydedilen toplam ölüm sayıları ve bağımsız değişken olarak hava kirliliği parametrelerine ait ölçülen kirlilik düzeylerinin ortalaması kullanılmıştır. Diğer açıklayıcı değişkenler (zaman, meterolojik veriler) eklendikten sonra en iyi performans gösteren model belirlenmiştir. Maksimum olabilirlik yaklaşımı ile en uygun modelin belirlenmesinde Akaike Bilgi Kriteri (Akaike Information Criteria – AIC) ve sapma analizi (analysis of deviance) istatistikleri kullanılmıştır. Yapılan etki tahminleri göreceli risk (relative risk – RR) kavramı ile açıklanmıştır. Doğrusal olmayan model fonksiyonu üzerinde en düşük ölüm sayısı değerine karşılık gelen minimum kirlilik düzeyi belirlenmiştir. DSÖ, Türkiye mevzuat limit değerleri ve her bir parametre için ölçüm değerlerinin 90. percentil değeri sınır değer kabul edilerek kirletici parametrelerindeki 10mg/m3 artışına atfedilen ölüm riski hesaplanmıştır. Ayrıca kirletici düzeylerinde ardışık artışların olduğu günler belirlenmiş ve bunların ölüm sayıları üzerindeki etkileri değerlendirilmiş ve kirleticilerin artış gösterdiği günlerdeki fazladan ölümler hesaplanmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınır değeri $p<0,05$ kabul edilmiştir. Çalışma, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Onay numarası ve tarihi: 827645-06.11.2023).

Bulgular

İstanbul'da 2013-2019 yıllarında günlük ortalama ölüm sayısı 168 ile 207 arasında; günlük ortalama ölüm hızı ise 1.19 ile 1.34 arasında değişmekteydi. Günlük ortalama ölüm hızının en yüksek olduğu yıl 2017 yılıydı. Araştırmanın yapıldığı dönemde ölüm sayılarının mevsimlere göre dağılımı değerlendirildiğinde tüm yıllarda günlük ölüm hızlarının kış aylarında (1.31-1.56) daha yüksek, yaz aylarında (1.10-1.27) daha düşük olduğu görüldü. İstanbul'da çalışma dönemi boyunca günlük ortalama PM10 düzeyinin 49.2(±23.6) µg/m3, günlük ortalama PM2,5 düzeyi 24.4(±11.5) µg/m3 olduğu görüldü Çalışmanın yapıldığı dönemde günlük ortalama PM10 ve PM2,5 düzeyinin yaz aylarında daha düşük seyrettiği gözlendi. 7 yıllık çalışma süresince, hava kirliliği parametrelerinin Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen yıllık sınır değerin üzerinde seyrettiği (yıllar içinde azalsa da) gözlenmiştir. PM10 seviyelerinde 10 µg/m3'lük bir artışın ölüm sayısında 1.017 (1.009-1.025) kat, PM2,5 seviyelerinde 10 µg/m3'lük bir artışın ise ölüm sayısında 1.033 (1.021-1.046) kat artışa neden olduğu tespit edilmiştir. PM10 için düşük konsantrasyonlardaki azalma trendinin yön değiştirdiği nokta 40 µg/m3 (1.012(1.005-1.018)), PM2,5 için düşük konsantrasyonlardaki azalma trendinin yön değiştirdiği nokta 17 µg/m3 (1.012(1.005-1.018)) olduğu saptanmıştır. Kirletici madde seviyelerinin art arda yüksek olduğu günlerde hava kirliliğine atfedilen ölümlerde artış gözlenmiştir. Yaşlı nüfusun hava kirliliğinden daha fazla etkilendiği gözlemlenmiştir.

Sonuç ve Öneriler

Çalışma, hava kirliliğinin ölümler üzerinde etkili olduğunu göstermiştir. Partikül madde düzeylerindeki artışın, artan ölüm oranlarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. PM2,5 artışıyla ilişkili ölüm oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur. PM2,5 için ulusal bir sınır değer bulunmadığı göz önüne alındığında, çalışmanın en önemli sonucu, DSÖ sınır değerlerinin bölgesel olarak kullanılmasının uygun olmasıdır. Çalışmamızda kirletici düzeylerinden en az ikisinin ardışık yüksek seyrettiği günlerde hava kirliliğine bağlı ölüm sayılarında artış olduğu saptandı. Ardışık artış saptanan günlerde genel ölümlerde artış olmayan dönemlerde, 65 yaş üstü ölüm sayılarında artışla ilişkilendirilmesi hava kirliliğinin duyarlı ve komorbiditesi olan gruplarda önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu doğrular nitelikteydi. Araştırmamızın sınırlılıklarından biri olası veri kayıplarıdır. Çalışma döneminde istasyonlarda ölçüm yapılmayan günler ve ölçüm yapılmayan parametreler olması sebebi ile yeterli ölçüm yapılan istasyonlara ait veriler ile şehir için günlük ölçüm değerleri oluşturulmuştur. Araştırmamızın bir başka sınırlılığı ise ölüm nedenlerini açıklayacak gribal salgınlar gibi ekstrem olayları modelde gösterememiş olmamızdır. Ancak kaza dışı ölüm nedenlerini dışlayarak, hava kirliliğine etkisi olan meteorolojik verileri modele dahil ederek model açıklayıcılığını artırmayı hedefledik. Araştırma bulgularımız, ulusal hava kirliliği seviyelerinin düzenli ve sistematik olarak izlenmesinin sağlanarak, koruyucu sağlık politikalarının ve etkili müdahale yöntemlerinin geliştirilmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hava kirliliği, sağlık etkileri, partikül madde

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S028]
ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE EKOLOJİK AYAK İZİ FARKINDALIĞI DÜZEYLERİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Mehmet Akan, Aslıhan Toraman, Ezel Bilge Yerli, Sinan Yılmaz, Zahide Koşan
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Dünya nüfusunun hızlı artışı, bilinçsiz tüketim alışkanlıkları, küreselleşme, sanayileşme ve şehirleşme gibi faktörler ekolojik dengeyi tehdit etmektedir. Bozulan bu dengeyi korumak ve sebeplerini daha net ortaya koymak için son yıllarda ekolojik çalışmalar hız kazanmıştır. Bu çalışmada üniversite öğrencilerinin çevresel duyarlılıkları ve ekolojik ayak izi farkındalıkları ile ilişkili faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Kesitsel tipte planlanan çalışma için etik ve gerekli idari izinler alındı. Çalışma evrenini Atatürk Üniversitesi'nin Tıp, Diş Hekimliği, Eczacılık, Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri fakültelerinde 2024-2025 eğitim-öğretim yılı bahar döneminde kayıtlı 1.286 son sınıf öğrencisi oluşturmakta idi. Örneklem büyüklüğü, Epi Info programında %95 güven aralığı, %5 hata payı ve %50 sıklık için 590 olarak hesaplandı ve %10 düzeltme eklenerek 650 öğrenciye ulaşılması hedeflendi. Veri toplama aracı olarak iki bölümlü (demografik veri formu ve Ekolojik Ayak İzini Azaltmaya Yönelik Farkındalık Ölçeği) bir anket kullanıldı. Veriler, Nisan-Mayıs 2025 tarihleri arasında ve gönüllülük esasına göre toplandı. Veriler SPSS v27.0 programında değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya toplam 627 öğrencinin verileri dahil edildi. Öğrencilerin yaş ortalaması 23.6±1.6 yıl, %73.5'i kadın ve %4.8'i evli idi. Katılımcıların ölçek puan ortalaması 109.6±17.1 idi. Fakülteye göre öğrencilerin ölçek toplam puanları arasında anlamlı düzeyde fark gözlendi ($p<0.05$). Ayrıca cinsiyete, önceki ve mevcut ikamete, ulaşım tercihlerine, alışveriş alışkanlıklarına ve çevre duyarlılıklarına göre ölçek toplam puanları anlamı düzeyde farklı dağılıyordu (tümü için $p<0.05$).

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmanın bulgularına göre öğrencilerin ekolojik ayak izi farkındalıklarının orta düzeyde olduğu söylenebilir. Farkındalık düzeylerinin yükseltilmesi için özel programlara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Çevre, ekolojik ayak izi, farkındalık, üniversite öğrencileri

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S029]
EKOLOJİK AYAK İZİ FARKINDALIĞI VE SAĞLIĞI KORUMA DAVRANIŞLARININ X, Y, Z KUŞAKLARI AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

***Melis Uçar Erincin*[1], *Asya Banu Babaoğlu*[1], *Mustafa Agah Tekindal*[2]**
[1]*İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[2]*İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı*

Giriş ve Amaç

Çevre ve sağlık birbiriyle yakından ilişkili iki temel alandır. Toplum sağlığı, sürdürülebilir bir çevreyle doğrudan ilişkilidir. Sanayileşme, hızlı nüfus artışı ve değişen tüketim alışkanlıkları bu dengeyi tehdit etmektedir. Bu duruma farkındalık yaratmak amacıyla geliştirilen kavramlardan biri ekolojik ayak izidir. Ekolojik ayak izi, bireylerin doğal kaynakları hangi ölçüde tükettiğini, ayrıca tüketilen bu doğal kaynakların yerine konması için ne kadar doğal üretim alanı gerektiğini belirler. Sağlığı koruma davranışları; düzenli fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme ve düzenli sağlık kontrolleri gibi alışkanlıkları kapsar. Çevre sağlığına yönelik tutumlar ve kişisel sağlık davranışları kuşaklar arasında değişkenlik göstermektedir. Ayrıca, sağlık bilinci ile çevreyi koruma davranışları arasında ilişki bulunduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışma, ekolojik ayak izi farkındalığı ile sağlığı koruma davranışları arasındaki ilişki ile bunların X, Y ve Z kuşakları arası farklılıklarını incelemeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem

Kesitsel tipteki bu çalışmada evreni İzmir Karabağlar ilçesi oluşturmaktadır. Evrenin yaş gruplarına göre heterojen yapısını temsil edebilmek için tabakalı örnekleme yöntemi kullanılmış olup %95 güven, p=0,50, q=0,50 ve d=0,05 örnekleme hatası ve her tabakanın evrendeki ağırlığı dikkate alınarak örneklem dağılımı gerçekleştirildi. %95 güç sağlanarak en az 384 örnek büyüklüğüne ulaşmak hedeflendi. Çalışmaya Karabağlar'da ikamet eden 18-59 yaş kişiler dahil edildi. Veriler yüz yüze anket yöntemiyle, Haziran - Eylül 2024 arasında toplandı. Araştırmacılar tarafından geliştirilen sosyodemografik formun yanı sıra "Ekolojik Ayak İzi Farkındalık Ölçeği (EAİFÖ)" ile "Sağlığı Koruma Davranışları Ölçeği (SKDÖ)" kullanıldı. Her iki ölçekte de yüksek puan alınması yüksek farkındalık/sağlığı koruma davranışı düzeyi ile ilişkilidir. Etik Kurul ve kurum izinleri alınmıştır (2024/0152 sayılı karar). EAİFÖ ve SKDÖ puanı bağımlı değişkenler, sosyodemografik özellikler ise bağımsız değişkenlerdir. Veriler SPSS 27 programında analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler frekans (n), yüzde (%), ortalama±standart sapma ($\bar{x}$±ss) ve medyan (Q1–Q3) değerleri ile verilmiştir. Analizlerde verilerin normal dağılımı Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. Normal dağılım varsayımının sağlandığı durumlarda parametrik testler (Student t-testi, ANOVA); sağlanmadığı durumlarda parametrik olmayan testler (Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis) kullanıldı. Varyans homojenliği Levene testi ile incelendi. Post hoc analizleri Bonferroni ve Bonferroni –Dunn testleri ile değerlendirildi. İki nicel değişken arasındaki ilişki, veriler normal dağılım şartlarını sağlamadığından "Spearman rho" katsayısı ile değerlendirildi. Çalışmada $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Toplam 401 kişiye ulaşıldı. Yaş ortalaması 36,96±12,31 olup %52,1'i kadındı. Y kuşağı %47,4, X kuşağı %32,7 ve Z kuşağı %20,0 oranındaydı. Ekolojik ayak izi farkındalığı ile sağlığı koruma davranışı toplam puanları arasında orta düzeyde bir korelasyon saptandı ($\rho=0,543$, $p<0,001$). Z kuşağının ekolojik ayak izi farkındalık puanı, X ve Y kuşaklarına göre daha düşüktü ($p<0,05$). Sağlığı koruma davranışı ölçek puanında kuşaklar arasında fark bulunmadı. Her iki ölçekte de kadınların toplam puanı erkeklerden yüksekti ($p<0,001$). Düzenli fiziksel aktivite yapanların ve sigara içmeyenlerin sağlığı koruma davranışı toplam puanı, tersi gruplara göre daha yüksekti.

Sonuç ve Öneriler

Çalışmada ekolojik kaya kizi farkındalığı ile sağlığı koruma davranışları arasında orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır. Z kuşağının ekolojik farkındalığının X ve Y kuşaklarına göre daha düşük olduğu, ancak kuşaklar arasında sağlığı koruma davranışları açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirlenmiştir. Kadınların ekolojik farkındalık ve sağlığı koruma puanlarının erkeklere göre daha yüksek olması, toplumsal cinsiyetin bu alanlarda etkili bir değişken olabileceğini düşündürmektedir. Düzenli fiziksel aktivite yapan ve sigara içmeyen bireylerin sağlık davranış puanlarının yüksek olması tutarlıdır. Sonuç olarak, çevresel sürdürülebilirlik ve sağlıklı yaşam davranışları birbirini güçlendiren kavramlardır. Eğitim programlarının kuşaklara özgü planlanması önerilebilir. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen kişilerle ilgili bilgilerin eksik kalması ve Z kuşağı kapsamında yer almalarına karşın 2006–2010 doğumlu bireylerin çalışmaya dahil edilmemesi çalışmanın kısıtlılıklarındandır.

Anahtar Kelimeler: Ekoloji, çevre sağlığı, kuşak farkı, sağlık tutumu

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S030]
GELECEĞİN HEKİMLERİ KAYGILI: TIP ÖĞRENCİLERİNİN KÜRESEL ISINMA KONUSUNDAKİ FARKINDALIĞI VE KAYGISI

Meryem Merve Ören Çelik[1], Beyza Püren Selcan Gündoğdu[1], Gökçe Hazar Otçu[2], Tarık Yahya Hasanusta[3], Ayşe Emel Önal[1]
[1]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[2]Hatay Antakya İlçe Sağlık Müdürlüğü
[3]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi

Giriş-Amaç

Küresel ısınma, önemli bir çevre ve halk sağlığı sorunudur. Geleceğin sağlık hizmeti sağlayıcılarını hazırlamak hayati önem taşımaktadır. Bu çalışmada, tıp öğrencilerinin küresel ısınma konusundaki bilgi, kaygı ve eylemleri değerlendirilmiştir.

Gereç-Yöntem

Türkiye'deki bir üniversitede öğrenim gören 310 tıp öğrencisiyle kesitsel bir çalışma yürütülmüştür. Örneklem büyüklüğü, %80 güç ve %95 güven aralığına ulaşmak için önceki bir çalışmaya (ortalama İklim Değişikliği Kaygısı (İDK) puanı: 30±10,3) dayanmaktadır. Veriler, demografik özellikler, iklim değişikliği bilgisi, İDK Ölçeği ve bireysel davranışları kapsayacak şekilde çevrimiçi olarak toplanmıştır. Sürekli veriler ortalama, standart sapma, ortanca ve en küçük ve en büyük değerleriyle; Ölçüm verileri yüzde, oranlarla sunulmuştur. İstatistiksel olarak karşılaştırmalarda kategorik veriler için Ki-Kare ve Fisher Exact testi uygulanmıştır. Sürekli verilerin normal dağılıma uygunluk araştırmasında Kolmogorov- Smirnov testi sürekli verilerin gruplar arası karşılaştırmalarında; Bağımsız gruplarda T Testi veya Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Çalışmanın bağımlı değişkeni ilkim değişikliği kaygısı iken bağımsız değişkenler yaş, cinsiyet, tıp fakültesinde eğitim görülen yıl, anne eğitim düzeyi, baba eğitim düzeyi, iklim değişikliği konusunda eğitim almak, şiddetli hava olaylarına maruz kalmak, iklim değişikliğinin sağlık etkilerinin farkında olmaktır.

Bulgular

Öğrencilerin %94,5'i küresel ısınmayı bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirirken, %88,1'i zihinsel sağlık üzerindeki etkilerinin farkındaydı. Öğrencilerin %55,5'i daha önce hiç eğitim almamış olmasına rağmen, %61,3'ü tıp eğitimine iklim değişikliği derslerinin eklenmesini destekledi. Öğrencilerin %31,9'u karbon ayak izlerini azaltmak için yaşam tarzı değişiklikleri yaptığını ve %43,9'u kişisel önlemler aldığını bildirdi. Sera gazları hakkındaki genel bilgi düzeyi yüksek olmasına rağmen, %7,7'si herhangi bir gazın adını söyleyemedi. Azot oksit ve kloroflorokarbonlar en az bilinen gazlar arasındaydı ve bazıları karbon monoksiti yanlışlıkla bir sera gazı olarak tanımladı. Ortalama İDK puanı 26,5±8,5 idi. En yaygın anksiyete tetikleyicisi şiddetli hava olayları (%10,6) iken, en az bildirilen anksiyeteyi kontrol etmede zorluktu (%34,2). Sağlık etkilerinin farkında olan öğrenciler anlamlı derecede daha yüksek anksiyete gösterdi ($p<0,05$). Doğru bilgi anksiyete ile pozitif korelasyon gösterdi ($r=0,275$; $p<0,001$). Fosil yakıt kullanımı ve ormansızlaşma gibi nedenlerin farkında olmak, daha yüksek kişisel eylem oranlarıyla ilişkilendirilmiştir ($p<0,05$).

Sonuç ve Öneriler

Tıp öğrencileri küresel ısınmayı önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul ediyor ve kayda değer bir endişe yaşadıklarını bildiriyor, ancak bu farkındalık her zaman eyleme geçmeye yol açmıyor. Disiplinlerarası çevre sağlığı eğitiminin güçlendirilmesi, geleceğin hekimlerini daha iyi hazırlayabilir ve dirençli sağlık sistemleri oluşturabilir. Bu çalışma, iklim değişikliği eğitiminin küresel olarak tıp müfredatına entegre edilmesi ihtiyacını vurgulayarak kritik bir boşluğu gidermektedir. Çalışmanın kısıtlılıkları: Çalışmamızın tek merkezli ve kesitsel bir çalışma olması sonuçlarının genellenebirliğini düşürmektedir.

Ana Mesajlar:

- Tıp öğrencileri küresel ısınmayı ciddi bir sağlık tehdidi olarak kabul ediyor ancak genellikle harekete geçmiyor.
- Çevre sağlığı eğitimi, daha proaktif ve iklime dirençli sağlık profesyonelleri yetiştirebilir.

Anahtar Kelimeler: İklim değişikliği kaygısı, tıp fakültesi öğrencileri, küresel ısınma

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S031]
GÖZ ARDI EDİLEN BİR TOPRAK KİRLETİCİSİ: SİGARA İZMARİTLERİ VE OLUŞTURDUĞU AĞIR METAL KİRLİLİĞİ

***Kevser Erdoğan*[1], *Ali İhsan Bozkurt*[2], *Murat Arslan*[3], *Nurgül Bozkurt*[4]**
[1]*Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya İl Sağlık Müdürlüğü*
[2]*Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[3]*Antalya İl Sağlık Müdürlüğü Antalya L1 Tipi Halk Sağlığı Laboratuvarı*
[4]*Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı*

Giriş-Amaç

Sigara içimi ülkemizde yaygındır. 4000'den fazla kimyasal, 50'den fazla kanserojen madde içeren sigara bir yandan kişinin sağlığına zarar verirken, diğer yandan dumanı ve izmaritleri ile çevreyi kirletmektedir. Ülkemiz sigara içiminin ve dolayısıyla olumsuz etkilenmenin en yüksek olduğu ülkelerin başında gelmektedir. Sigaranın sağlık üzerine olumsuz etkileri bilinirken çevreye olumsuz etkileri ise genelde bilinmemekte/göz ardı edilmektedir. Bunun en bariz belirtisi sigara içenlerin büyük çoğunluğunun izmaritlerini çevreye atmalarıdır. Dünyada her yıl 6 trilyon sigara içilmekte ve 4,5 trilyon sigara izmariti çevreye atılmaktadır. Bu çalışmada içilmemiş sigaralarda ve içme sonrasındaki izmaritler/küllerde ağır metaller araştırılmış ve sigara kaynaklı çevresel tehlikenin boyutunun ortaya konulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Etik kurul izni(AEAH:2025-16/24) alınmıştır. Tanımlayıcı tipte olan çalışma Haziran-Ekim 2025 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir. Sigaranın neden olduğu çevresel kirliliği göstermek için öncelikle içilmemiş sigaradaki, daha sonra içilmiş sigaraların izmaritleri ve küllerinin içerdiği ağır metallerin düzeyi temel değişkenler olarak belirlenmiştir. Araştırmada sigara kaynaklı 4 grup numune hazırlanmıştır. Numuneler(en çok satan 5 markadan ikişer adet olacak şekilde); birincisi 10 adet sigara, ikincisi 10 adet içilmiş sigara izmariti, üçüncüsü 10 adet içilmiş sigara izmaritinin filtre kısmı ve dördüncüsü 10 adet içilmiş sigaranın külleridir. Bu 4 grup sigara ürününde ağır metal analizleri 17025 akreditasyon standartlarında ve kalibrasyonu yapılmış olan ICP-MS (İndüktif eşleşmiş plazma-kütle spektrometresi) cihazında yapılmıştır. Elde edilen ağır metal düzeyleri, ülkemizde kişi başına yıllık ortalama içilen sigara miktarı (6241 adet) ile çarpılarak bir kişinin oluşturduğu yıllık çevresel ağır metal kirliliği hesaplanmış, sonuçlar ortalama, standart sapma ve yüzde olarak verilmiştir.

Bulgular

Sigarada bulunan ağır metallerin farklı oranlarda izmaritlerde tutulduğu görülmüştür. En düşük tutulma oranları %24 ile Cu ve %28 ile Mn ve Sb'dir. En fazla tutulan ağır metaller ise Pb, Al ve Hg'dir. Küllerde en yüksek oranda saptanan ağır metaller Cr, Sb, Pb ve As'tır. Kül ve izmaritlerde saptanan Pb, As, Cr miktarlarının ham tütün içeriğinden daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Özetle sigaradaki ağır metaller değişik oranlarda havaya verilmekte ve bir kısmı filtre görevi gören izmaritlerde tutulmaktadır. Küllerde ise daha yüksek ağır metal düzeyleri saptanmıştır. Örneğin Grup 1 kanserojen olan Cd'un bir paket sigaradaki miktarı 46,5 ppb'dir. İçilme sonrası bunun yaklaşık %40'ı(18,5 ppb) izmaritte tutulmakta, %23'ü ise küllerde bulunmaktadır(10,9 ppb). Yine Grup 1 kanserojen olan As bir paket sigarada 12,6 ppb düzeyinde bulunmuştur. İçme sonrası %39'u izmaritte tutulmaktadır(4,9ppb). Küllerde ise yüksek miktarda As saptanmıştır(17,5ppb). Bir paket sigarada bulunan (grup 1 kanserojen) Ni miktarı 172,8 ppb'dir. Bu miktarın %30'u izmaritte tutulmaktadır(52,3 ppb). Küllerde ise yüksek Ni saptanmıştır(159,7 ppb). Bir paket sigaradaki (grup 1 kanserojen) Cr miktarı 23,1 ppb olarak bulunmuştur. Bu miktarın %47'si izmaritte tutulmaktadır(10,9ppb). Küllerde ise çok yüksek miktarda Cr saptanmıştır(59,3 ppb). Kanserojen olan bir diğer ağır metal Pb'dir. Bir paket sigaradaki Pb miktarı 9,3 ppb'dir. Bu miktarın yanma sonucu arttığı ve 10,3 ppb'nin izmaritte tutulduğu, külde de 15,7 ppb düzeyine ulaştığı tespit edilmiştir. Sigara içen birisinin bir yılda izmaritler ve küller aracılığı ile çevresine bıraktığı As miktarı ise 7.013 ppb, Pb

miktarı ise 8.146 ppb, Cd miktarı 9.160 ppb, Cr miktarı ise 21.900 ppb ve Ni miktarı 66.156 ppb'ye ulaşmaktadır. Veriler sadece dumanının değil aynı zamanda sigara izmaritlerinin/küllerinin çevresel ağır metal kirlilik kaynağı olduğunu ortaya koymaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Sigara ilk olarak havayı, sonrasında da izmaritler/küller aracılığıyla toprağı kirletir. Sigara izmaritlerinde ve küllerde saptadığımız ağır metal düzeyleri ve izmaritlerin çoğunlukla kontrolsüz şekilde çevreye atıldığı düşünülürse sigara içenlerin sürekli olarak çevreye/toprağa zararlı/toksik maddeleri saçtığı görülmektedir. Bu nedenle ağır metaller, çevre problemlerine neden olan (Eko-toksikolojist) şeklinde tanımlanmaktadır. Bu bulgular ışığında ilk yapılması gereken sigarayla mücadeledir. Sigara içme oranı yüksek olan ülkemizde bu çok daha önemlidir. Bir yandan sigara bıraktırmayı hedefleyen çalışmalar yapılırken diğer yandan sigara izmaritlerinin kontrollü yok edilmesine yönelik uygulamalar hayata geçirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ağır metal, çevre sağlığı, izmarit, sigara, sigara ile mücadele

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S032]
ORDU İLİNDE SON BEŞ YILIN YÜZME SUYU KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ayşenur Beyazıt Üçgün
Ordu İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı, Çevre Sağlığı Birimi

Giriş-Amaç

Bu araştırmada Ordu ilinde tanımlanmış yüzme alanlarından son beş yılın yüzme sezonunda alınan deniz suyu numunelerinin sonuçlarının incelenmesi amaçlanmaktadır. Yüzme suyundaki E. Coli ve İntestinal enterokok düzeyleri akut gastroenterit, dermatit ve konjuktivit gibi hastalıklara ilişkin riski dolaylı olarak işaret edebildiği için yüzme sularında düzenli olarak izlenmektedir.

Gereç-Yöntem

Kesitsel analitik tipte olan bu araştırma ile Ordu ili sınırlarında tanımlanmış tüm yüzme alanlarından son 5 yılda (2021-2025) yüzme sezonlarında (15 Haziran 15 Eylül) alınan ve sonuçları yuzme.saglik.gov.tr adresinden halka açık şekilde yayımlanan veriler kullanıldı. Halka açık yayımlanan veri ile değerlendirme yapıldığı için etik kurul onayı alınmadı. Araştırma ile ilgili herhangi bir kurum, kuruluş ya da kişiden finansal destek alınmadı. Araştırma verisi Jamovi Versiyon 2.7.9 kullanılarak incelendi. Araştırmanın bağımlı değişkenleri E.Coli ve İntestinal enterokok düzeyinin sayısal sonucu ve su kalitesi kategorisidir. Bağımsız değişkenler ise yıl, ay ve ilçelerdir. $p<0,05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. E. Coli ve İntestinal enterokok değişkenleri için normallik varsayımı karşılanmadığı için ay, yıl ve ilçelere göre karşılaştırma yapılırken Kruskal Wallis testi kullanıldı. Sonuçlarda istatistiksel anlamlılık oluşması durumunda farkın kaynağını tespit etmek için post Hoc DSCF testi yapıldı. Ayrıca Yüzme Suyu Kalitesinin Yönetimine Dair Yönetmelikte belirtilen; Kıyı ve geçiş suları için İntestinal enterokok ve E. Coli düzeylerinin her ikisi için <=100 (cfu/100 ml) olması koşulunun sağlandığı durumlarda yüzme suyu kalitesi "iyi", bu koşulun sağlanamadığı ve mevzuatta "orta " ve "kötü" olarak tanımlanan durumlarda yüzme suyu kalitesi "iyi değil" şeklinde sınıflanarak sonuçların, ilçe, yıl ve aylara göre karşılaştırılmasında Ki Kare testi kullanıldı.

Bulgular

E. Coli ve intestinal enterokok düzeylerinin yıllara, aylara ve ilçelere göre anlamlı farklılık göstermekteydi. (Her iki sayısal değişken için de $p<0,001$ $p<0,001$ $p<0,001$) Haziran aylarında temmuz ve ağustos aylarına göre ve Perşembe ilçesinde Gülyalı ve Fatsa'ya göre anlamlı olarak yüksek E. Coli ve İntestinal enterokok düzeyleri gözlendi.

Kategorik değerlendirmede aylara göre yapılan incelemede yüzme suyu kalitesi anlamlı farklılık göstermekteydi ($p=0,007$). "İyi" kalitede yüzme suyu sıklığı en düşük haziran ayında ölçüldü. İlçelere göre yapılan incelemede yüzme suyu kalitesi anlamlı farklılık göstermekteydi ($p=0,013$). Perşembe ilçesindeki "iyi" kalitede yüzme suyu sıklığı Gülyalı ilçesinden anlamlı olarak düşük bulundu.

Sonuç ve Öneriler

E. Coli ve İntestinal enterokok düzeylerinin artışının ve sınır aşımlarının enfeksiyon riski ve hastalık yükünde artışa işaret edebileceğinden hareketle kategorik ve sayısal değerlendirmede ortak bir sonuç olarak yüzme suyu kalitesinin en kötü olduğu ay haziran ayı ve en kötü olduğu ilçe Perşembe ilçesi olarak gözlenmektedir. Perşembe ilçesinde herhangi bir atık su arıtma tesisinin bulunmaması sebebiyle evsel atık suların doğrudan alıcı ortama deşarj edilmesinin yüzme suyu kalitesini olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir. Yağışların görece yüksek olduğu kış ve ilkbahar dönemi ile yaz başında yağmur suyunun evsel atık su sistemine karışması sebebiyle zaman zaman arıtma tesislerinin kapasitesini aşabilecek miktarlarda atık su oluşmaktadır. Fakat kış ve ilkbahar döneminde deniz suyu numunesinin alınmaması sebebiyle bu değerlendirmenin bütün bir yılı

kapsayacak şekilde yapılamamış olması ve çalışma sonuçlarının bireysel düzeyde hasta verisi ile ilişkisinin incelenememiş olması çalışmanın kısıtlılığı olarak değerlendirilmektedir. Buna rağmen Perşembe ilçesinde, kapasiteyi karşılayacak ve uygun teknik özelliklere sahip atık su arıtma tesisine acilen ihtiyaç duyulduğu görülmektedir. Ayrıca tesis kapasitesinin aşımı sebebiyle oluşabilecek kirliliklerin önüne geçmek amacıyla yağmur suları ve atık suların ayrı şebekelerde taşındığı sistemlerin il genelinde yaygınlaştırılması önemlidir. Mevcut çalışmanın bulguları dikkate alındığında gelecek araştırmaların meteorolojik faktörler, turizm yoğunluğu ve bireysel sağlık etkilerini de kapsayacak şekilde genişletilmesi önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Deniz suyu, Ordu ili, yüzme suyu kalitesi

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S033]
ETNİK GRUPLARDA YENİDOĞAN TARAMALARI HAKKINDA ANNELERİN BİLGİ VE TUTUMLARI İLE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Ahmet Bütün[1], Vasfiye Bayram Değer[1], Havva Kaçan[2]
[1]Mardin Artuklu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
[2]Kastamonu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Giriş-Amaç

Yenidoğan taraması, doğumdan sonraki ilk günlerde bebeklerde görülebilecek metabolik, genetik ve gelişimsel hastalıkların erken tanı ve tedavisini amaçlayan, tüm gelişmiş ülkelerin sağlık sistemine dâhil ettiği önemli bir halk sağlığı uygulamasıdır. Erken teşhis sayesinde mortalite ve morbidite azaltılmakta, yaşam kalitesi yükselmekte ve ailelere psikososyal açıdan destek sağlanmaktadır. Ancak tarama süreci ebeveynlerde kaygıya yol açabilmekte; özellikle bilgi eksikliği yanlış inanışların gelişmesine neden olabilmektedir. Literatür, doğum öncesi dönemde verilen bilgilendirmenin ebeveynlerin kaygılarını azalttığını, sağlık çalışanı–hasta iletişiminin sonuçların algılanışında belirleyici olduğunu göstermektedir. Bu nedenle çalışmada, farklı etnik gruplarda (Türk, Kürt, Arap) 0–1 yaş arası çocuğu olan annelerin yenidoğan taramaları hakkındaki bilgi ve tutumları ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem

Araştırma, Mart–Haziran 2025 tarihleri arasında Mardin'de bir eğitim ve araştırma hastanesi ile Artuklu'daki aile sağlığı merkezlerinde yürütülmüştür. İlişkisel tarama modeli kullanılmış, örneklem büyüklüğü G*Power analiziyle hesaplanmış ve 345 anne çalışmaya dâhil edilmiştir. Katılımcılar okuryazar, 18 yaş ve üzeri, 0–1 yaş aralığında çocuğu bulunan ve gönüllü olan bireylerden seçilmiştir. Veri toplama aracı üç bölümden oluşmuştur: araştırmacı tarafından hazırlanan "Anne Bilgi Formu", Türkçeye uyarlanmış "Yenidoğan Taramaları Hakkında Anne Bilgi ve Tutumları Ölçeği" ve "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)". Veriler SPSS 22.0 ile analiz edilmiş, tanımlayıcı istatistikler, Ki-Kare, Pearson korelasyon ve regresyon analizleri uygulanmıştır. Ölçeklerin iç tutarlılığı yüksek bulunmuştur (Cronbach's Alpha >0.85). Etik kurul ve kurum izinleri alınmış, çalışma Helsinki Deklarasyonu'na uygun yürütülmüştür.

Bulgular

Katılımcıların sağlık hizmetine erişim, eğitim ve gelir düzeyleri etnik gruplara göre anlamlı şekilde farklılaşmıştır. Türk ve Arap anneler daha çok hastane hizmetlerini tercih ederken, Kürt anneler aile sağlığı merkezlerini kullanmıştır. Eğitim düzeyi Türk grubunda daha yüksek, Arap grubunda ise daha düşüktür. Gebelik sayısı ve çocuk sayısı Arap annelerde belirgin biçimde fazladır. Yenidoğan taramalarına dair farkındalık açısından Türk anneler biyotinidaz eksikliği, hipotiroidi, Down sendromu gibi hastalıkların tanılanabilirliğinde daha bilgili bulunmuştur. Türk grubunda sağlık okuryazarlığı ortalamaları, Kürt grubunda (29.36) orta, Arap grubunda ise anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p<0.001$). Yenidoğan taramaları bilgi ve tutum toplam puanları da benzer biçimde Türk annelerde daha yüksektir. Korelasyon analizinde, Türk annelerde sağlık okuryazarlığı ile bilgi-tutum arasında güçlü ($r=0.575$), Kürtlerde orta ($r=0.410$), Araplarda ise zayıf ($r=0.332$) pozitif ilişkiler bulunmuştur. Regresyon analizleri, sağlık okuryazarlığının tüm gruplarda bilgi ve tutumları yordadığını, ancak açıklayıcılığın Türk grubunda en yüksek ($R^2=0.327$), Arap ve Kürt gruplarında daha düşük ($R^2\approx0.10$) olduğunu göstermiştir.

Sonuç ve Öneriler

Çalışma, etnik kökenin sağlık okuryazarlığı ve yenidoğan taramalarına yönelik bilgi–tutum düzeylerinde belirleyici olduğunu ortaya koymuştur. Türk anneler en yüksek sağlık okuryazarlığı ve olumlu tutuma sahipken, Arap anneler dezavantajlı durumda bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığının yükselmesi, annelerin

yenidoğan taramaları hakkındaki bilgi ve tutumlarını anlamlı şekilde artırmaktadır. Bu sonuçlar, özellikle düşük okuryazarlık düzeyine sahip gruplara yönelik kültürel açıdan uyarlanmış eğitim programlarının geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir. Gebelik döneminde kültürel açıdan uyarlanmış eğitim programlarının yaygınlaştırılması, sağlık personelinin etkili iletişimi ve bu süreçlerin sağlık politikalarına entegre edilmesi, annelerin sağlık okuryazarlığını artırarak yenidoğan taramalarına yönelik bilgi ve olumlu tutumlarını güçlendirecektir.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan taramaları, sağlık okuryazarlığı, etnik gruplar, anne bilgi ve tutumları, erken tanı

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S034]
ÇOCUKLARDA ERKEN ERGENLİK: ANTROPOMETRİ, YAŞAM TARZI VE ÇEVRESEL ETKENLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Kürşat Çetin[1], Emsal Çetin[2], Mesut Parlak[1], Hale Tuhan[1]
[1]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı
[2]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Ergenlik, bireyin çocukluktan erişkinliğe geçişini sağlayan, cinsiyet hormonlarının etkisiyle başlayan fiziksel ve hormonal değişim sürecidir. Kız çocuklarında 8 yaşından önce, erkek çocuklarındaysa 9 yaşından önce sekonder seks karakterlerinin ortaya çıkması erken ergenlik olarak değerlendirilir. Erken ergenlik, hem fiziksel hem de psikososyal gelişimi etkileyebilen önemli bir endokrinolojik bozukluktur. Bu durum, kemik maturasyonunun hızlanmasına bağlı olarak boy kısalığına, duygusal stres, anksiyete ve sosyal uyum problemlerine yol açabilir. Santral ve periferik olmak üzere ikiye ayrılır; santral formu genellikle idiopatiktir ve gonadotropin bağımlıdır, periferik form ise hormon üreten tümörler veya dış kaynaklı steroidlerle ilişkilidir. Kızlarda daha sık (10.000:1), erkeklerde ise daha nadir (100.000:1) ve genellikle organik nedenlere bağlıdır. Görülme sıklığı; coğrafya, ırk, beslenme, sosyoekonomik durum ve çevresel faktörlere göre değişebilir. Bu çalışmada, erken ergenlik tanısı almış çocukların tanımlayıcı özellikleri, risk faktörleri ve yaşam tarzı ile ilişkili etkenler incelenmiştir.

Gereç-Yöntem

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı'na erken ergenlik şüphesiyle 01.06.2024-01.06.2025 tarihleri arasında başvuran toplam 930 olgu değerlendirilmiştir. Fizik muayene bulguları ve serum gonadotropin düzeyleri esas alınarak 623 hastada erken ergenlik tanısı dışlanmıştır. Periferik erken ergenlik saptanan 8 olgu ile santral organik patoloji belirlenen 3 olgu çalışma kapsamı dışında bırakılmış, böylece idiopatik santral erken ergenlik tanısı alan 296 olgu çalışmaya dahil edilmiştir. Olguların beslenme alışkanlıklarını, yaşam tarzı özelliklerini ve endokrin bozucu ajanlara maruziyet durumlarını değerlendirmek amacıyla ailelere 09.06.2025–14.07.2025 tarihleri arasında online yapılandırılmış bir anket uygulanmıştır. Ayrıca, antropometrik veriler, başvuru yakınmaları ve eşlik eden sistemik hastalık bilgileri, hasta ve ebeveyn onamı alınarak çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma tanımlayıcı nitelikte olup, ilgili etik kuruldan onay alınmıştır.

Bulgular

Hastaların ilk başvuru yaş ortalaması 7,8±1,2 yıl ve %94,6'sı kızdı. Loprolid asetat tedavi başlangıç yaşı ise ortalama 8,2±1,5 yıldı. En sık başvuru şikayeti kızlarda meme gelişimi (%82,1) ve pubik kıllanma (%10,7) olup erkeklerde ise pubik kıllanma (%44,4) ve ter kokusu (%22,2) idi. Hastaların %15,2'sinin ailesinde erken ergenlik öyküsü vardı. Hastaların %7,1'ine hashimato tiroiditi, %4,1'ine konjenital adrenal hiperplazi ve %3,4'üne farklı sistemik hastalıklar eşlik ediyordu. Hastaların ortalama boy SDS (Standart Deviyasyon Skoru) değeri +1,3 ± 0,5 olup, çoğunluğunun yaş grubu ortalamasının üzerinde boya sahip olduğu görüldü. Ağırlık SDS ortalaması +1,8 ± 0,6, vücut kitle indeksi SDS ortalaması ise +1,6 ± 0,4 olarak saptandı; bu değerler, grubun genel olarak fazla kilolu sınıfında değerlendirildiğini göstermektedir. Hastaların %9,5'i düzenli olarak profesyonel sporla ilgilenirken, %33,8'i sedanter yaşam tarzına sahipti (günde 60 dakikanın altında orta-şiddetli fiziksel aktivite: yürüyüş, koşu, aktif oyun vb.). Katılımcıların %50,7'sinde günlük ekran maruziyeti 2 saatin üzerindeydi. Beslenme alışkanlıklarına bakıldığında, hastaların %37,2'si haftada >=2–3 kez fast food tükettiğini, %63,5'i ise her gün en az bir kez paketli veya işlenmiş gıda tükettiğini bildirmiştir. Su tüketim kaynakları incelendiğinde; hastaların %20,3'ü arıtma sistemi, %66,5'i plastik damacana, %13,2'si ise musluk suyu kullandığını belirtmiştir. Fitoöstrojen içeriği yüksek olabilecek ürünlere maruziyet açısından değerlendirildiğinde;

- %8,5'i soya içerikli ürün,
- %86,2'si çiftlik tavuğu,
- %10,1'i arı sütü veya propolis,
- %9,5'i bitkisel çay ya da takviye ürün,
- %10,8'i lavanta içeren kozmetik veya bakım ürünleri kullandığını belirtmiştir.

Psikososyal destek açısından, hastaların %18,6'sı psikolog veya psikiyatrist takibi altındayken, %7,4'ü aktif olarak psikiyatrik ilaç kullanmaktaydı.

Sonuç ve Öneriler

Hastaların önemli bir kısmı yaş grubuna göre ortalamanın üzerinde boya ve fazla kilolu vücut yapısına sahiptir. Hastaların üçte birinden fazlası sedanter yaşam tarzı sürdürmekte, yarısından fazlası ise önerilenin üzerinde ekran maruziyetine sahiptir. Fast food tüketimi ve paketli/işlenmiş gıda tüketim oranları, sağlıksız beslenme alışkanlıklarının bu hasta grubunda yaygın olduğunu göstermektedir. Su tüketiminde en sık tercih plastik damacana kullanımıdır. Fitoöstrojen içeriği yüksek olabilecek ürünlere yaygın maruziyet dikkat çekicidir. Ayrıca hastaların yaklaşık beşte biri psikolojik destek almakta olup, bir kısmı psikiyatrik ilaç kullanmaktadır. Olgularımızın erken ergenliği olmayan sağlıklı çocuklardan oluşan bir kontrol grubuyla karşılaştırılmamış olması, çalışmamızın başlıca kısıtlılıklarından biridir. Çalışmamız tanımlayıcı nitelikte olup, elde edilen veriler beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyi ve çevresel maruziyetlerin erken ergenlik gelişiminde rol oynayabileceğini desteklemektedir. Bu nedenle, erken ergenlik tanısı alan çocukların yalnızca hormonal değil, aynı zamanda yaşam tarzı ve çevresel etkenler açısından da bütüncül olarak değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Erken ergenlik, ekran maruziyeti, fast food tüketimi, fitoöstrojenler, sedanter yaşam

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S035]
AİLELERDE DUYGUSAL YEMENİN ÇOCUKLARIN KAHVALTI, KANTİN ALIŞKANLIĞI, ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMÜ İLE İLİŞKİSİ

***Esra Hacılar*, Lütfi Saltuk Demir**
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Yeterli ve dengeli beslenme, besinlerin, bireyin mevcut durumuna göre yeterli miktarda, uygun zamanda alınmasıdır ve sağlıklı olmanın temelini oluşturur. Duygusal yeme, olumsuz duygularla baş edebilmek için besin tüketimini ifade eder ve obezite riskini artırmaktadır. Düzenli kahvaltı tüketimi insan vücudu için gerekli temel besinlerin alınmasını sağlamakta ve fiziksel sağlık, okul başarısı ve psikolojik sağlığı olumlu yönde etkilemektedir. Çocuklar günlerinin büyük kısmını geçirdikleri okulda, ihtiyaçları olan besinleri genellikle kantinlerden temin ederler. Çocukların besin seçimini arkadaşlar, sosyoekonomik durum, alışkanlıklar, medya gibi birçok faktör etkilemektedir. Erken yaşlardan itibaren sağlıksız beslenme, yetişkinlikte diyabet ve kalp damar hastalıkları gibi çeşitli olumsuz sağlık sonuçlarıyla bağlantılıdır. Bu çalışmada ortaokul öğrencilerinin ailelerinin duygusal yeme durumlarının çocukların kahvaltı alışkanlıkları, kantin kullanımı ve antropometrik ölçüm sonuçlarına etkisini araştırmak amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Kesitsel türde tasarlanan araştırma için yerel etik kuruldan (Karar no: 2024/5168) ve İl Milli Eğitim Müdürlüğünden izin alındı. Araştırmanın evrenini Konya ili Meram ilçesinde ortaokullarda eğitim gören 5-6-7-8. sınıf öğrencileri ve bu öğrencilerin aileleri oluşturdu. Örnek büyüklüğü G-Power programı ile %40 bilinen duygusal yeme prevalansı, %5 hata payı, %10 fark, %80 güç alınarak 808 kişi olarak hesaplandı. Araştırma basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen 3 devlet 2 özel ortaokulda Ekim - Aralık 2024 tarihleri arasında 825 katılımcı ile tamamlandı. Bağımsız değişken ebeveynlerin duygusal yeme durumu, bağımlı değişkenler çocukların beslenme ve kilo durumlarıydı. Araştırma için ailelere ve öğrencilere iki ayrı anket formu uygulandı. Ailelerin anket formunda sosyodemografik özellikleri ve çocuğun kahvaltı alışkanlığını sorgulayan sorular ile duygusal yeme ölçeği bulunmaktaydı. Öğrencilerin anket formu kantinden alışveriş yapma durumu ve alınan besinleri sorgulamaktaydı. Anket sonrası öğrencilerin boy ve kiloları TANITA marka tartı ve boy ölçer ile ölçüldü. Verilerin analizi için SPSS 22.0 paket programı kullanıldı. Verilerin özetlenmesinde; ortalama±standart sapma, ortanca (1.-3.çeyreklik) değerleri ile sayı ve yüzdelikler kullanıldı. Analizlerde Bağımsız gruplarda T testi, ANOVA, Tukey testi, Mann-Whitney-U, Kruskal Wallis, Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi, Wilcoxon, ki-kare, regresyon analizi kullanıldı, $p<0,05$ olan durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Çocukların %23,8'i fazla kilolu ve obezdi. Çocukların %68,8'i düzenli kahvaltı yapmakta, %15,4'ü her gün kantinden alışveriş yapmaktaydı. Kahvaltı yapmayan çocukların %56,4'ü canı istemediği, %23,3'ü iştahı olmadığı için kahvaltı yapmamakta, kantinden alışveriş yapan çocukların %46,0'ı canı istediği için, %39,5'i acıktığı için alışveriş yapmaktaydı. Ebeveynlerin %56,0'sı duygusal yiyiciydi. Duygusal yiyici olan ebeveynlerin çocukları kahvaltıda haftada bir ve daha sık şeker, duygusal yiyici olmayan ebeveynlerin çocukları kahvaltıda haftada bir ve daha sık domates/salatalık tüketmekteydi ($p=0,013$; $p=0,020$). Hiç kahvaltı yapmayan çocukların beden kitle indeksi diğerlerinden daha yüksekti ($p=0,035$). Duygusal yiyici olmayan ebeveynlerin çocukları düşük kilolu, bekar/boşanmış olan ebeveynlerin çocukları fazla kilolu ve obezdi (sırayla $p=0,033$; $p<0,001$). Ailelerin duygusal yeme ölçeğinden aldığı puanın 1 değer artması çocukların fazla kilolu ve obez olma riskini 1,041 kat, ebeveynlerin bekar/boşanmış olması çocukların fazla kilolu ve obez olma riskini 3,59 kat artırmaktadır ($p=0,010$; $p=0,001$).

Sonuç ve Öneriler

Duygusal yiyici olan ebeveynlerin çocukları kahvaltıda daha sağlıksız, duygusal yiyici olmayan ebeveynlerin çocukları kahvaltıda daha sağlıklı tercihler yapmaktaydı. Duygusal yiyici olmayan ebeveynlerin çocuklarının daha düşük kilolu olduğu belirlendi. Ebeveynler, okul görevlileri tarafından diyetisyen muayenelerine ya da sağlıklı yaşam merkezlerine yönlendirilebilir. Okulda öğrencilerle sağlıklı kahvaltı uygulamaları yapılabilir. Aylık belli sayıda kahvaltı yapan öğrencilere küçük hediyeler verilebilir. Okul kantinlerinde sağlıklı ürünlerin şekerli ve sağlıksız gıdalara göre daha uygun fiyatlı olması sağlanabilir. Çocukların acıkma durumları için evden pratik ve sağlıklı atıştırmalıklar getirmeleri ve bu besinleri tüketmeleri teşvik edilebilir

Anahtar Kelimeler: Beslenme, kahvaltı alışkanlığı, kantin kullanımı, öğrenci

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S036]
SELÇUKLU İLÇESİNDE EĞİTİM ARAŞTIRMA AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURANLARIN YENİDOĞAN TARAMALARINDA SAĞLIK HİZMETLERİ SİSTEMİNE ÇOK BOYUTLU GÜVEN ÖLÇEĞİ DÜZEYİ İLE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

***Zeynep Sarı Gökoğlu*, Fatih Kara**
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş-Amaç

Sağlık sistemleri, toplum sağlığını koruma, geliştirme ve hastalıkların önlenmesine yönelik kapsamlı hizmetler sunan, çok bileşenli yapılar olarak değerlendirilmektedir. Bu sistemlerin başarısı, yalnızca hizmet sunumunun etkinliği ve erişilebilirliği ile değil, aynı zamanda bireylerin sağlık sistemine duyduğu güven ve sağlık okuryazarlığı düzeyi ile de yakından ilişkilidir. Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında kritik bir yere sahip olan yenidoğan taramaları, erken tanı ve müdahale süreçlerini içermesi nedeniyle, toplum sağlığı üzerindeki uzun vadeli etkileri açısından büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle, sağlık hizmetleri sistemine duyulan güvenin ve sağlık okuryazarlığının, yenidoğan taramalarına katılım üzerindeki etkisinin incelenmesi, halk sağlığı uygulamaları açısından değerli bilgiler sunabilir.

Gereç-Yöntem

Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini 2025 yılının Şubat, Mart, Nisan aylarında Konya Selçuklu ilçesinde bulunan iki eğitim ve araştırma aile sağlığı merkezine (17 Nolu ASM VE 28 Nolu ASM) herhangi bir sebeple başvurmuş 1 yaş altı çocuğu olan ebeveynler oluşturmaktadır. Sağlık Sistemlerine Çok Boyutlu Güven Ölçeği için sürekli değişkeni olan tanımlayıcı araştırmalarda örneklem büyüklüğü hesaplama formülü ile hesaplanmıştır. Türkiye geneli bir araştırmada ölçek toplam puan ortalaması 55.73, standart sapma 10.58 olarak bulunmuştur. Bu verileri kullanarak 106 kişi hesaplandı. Sağlık Okuryazarlığı Türkiye Ölçeği (TSOY-32) için Openepi programı kullanılarak yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyi %25, %95 güven aralığında %5 hata payı olarak kabul edilerek 288 bulunmuştur. Örneklem büyüklüğü örneklem sayısı fazla olan ölçek kabul edilerek 288 kişi olarak belirlenmiştir. Çalışmamız kapsamında, araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayandırılmış olup, araştırma sürecinde toplam 315 kişiye ulaşılmıştır.

Araştırma için Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu'ndan (Tarih: 14.01.2025, Sayı: 2025/01) onay alındıktan sonra 1 Şubat - 30 Nisan 2025 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışmanın 'Konya Valiliği ile Selçuk Üniversitesi Arasında Sağlık, Eğitim ve Araştırma Bölgesi Oluşturulmasına Dair İşbirliği Protokolü' kapsamında Selçuklu bölgesinde bulunan iki Eğitim Araştırma Aile Sağlığı Merkezinde (17 ve 28 Nolu Aile Sağlığı Merkezleri) gerçekleştirilmiştir. Bireylere çalışma hakkında bilgi verildikten sonra gönüllü olanlar çalışmaya alınmıştır. Gönüllülük esasına dayalı olarak yapılan araştırmada yüz yüze görüşme tekniğiyle veriler toplandı. Görüşmeler yaklaşık 15 dakika sürdü.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan veri toplama araçları;

Birinci bölüm; Sosyodemografik Veri Formu

İkinci bölüm; Sağlık Hizmetleri Sistemi Çok Boyutlu Güven Ölçeği

Üçüncü bölüm; Sağlık Okuryazarlığı Türkiye Ölçeği (TSOY-32)

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen kişilerin %59,4'ü (n=187) kadın, %39,4'ü (n=124) üniversite mezunu, %57,8'si (n=182) aktif olarak çalışıyorken, %37,5'i (n=118) asgari ücretin iki katı, %85,4'ü hayatı boyunca hiç sağlık alanında çalışmamış, %61'i (n=192) sağlık alanında çalışanı yakını yok, %63,2'si (n=199) yenidoğan taramalarının zorunlu olması gerektiğini düşünüyor. Katılımcıların Sağlık Bakım Sistemine Çok Boyutlu Güven Ölçeğinden aldıkları puanlara bakıldığında toplam ölçek puan ortalaması 56,9±9,9 (ortanca=58,0)'dur. Katılımcıların Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldığı puanlar 4 kategoriye ayrılarak incelendiğinde katılımcıların %23,5' inin (n=74) yetersiz sağlık okuryazarlığına, %38,1'inin (n=120) sorunlu sınırlı sağlık okuryazarlığına, %22,2'sinin (n=70) yeterli sağlık okuryazarlığına, %16,2'sinin (n=51) mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görülmüştür. Katılımcıların 'yenidoğan taramaları nasıl olmalı?' sorusuna verdiği yanıtlar ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki incelendi. Aylık gelir ile yenidoğan taramaları nasıl olmalı sorusuna verilen yanıtlar arasında anlamlı bir fark görüldü ($p<0,001$). Diğer sosyodemografik özellikler ile yenidoğan taramaları nasıl olmalı sorusuna verilen yanıt arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. Yenidoğan taramaları nasıl olmalı sorusuna verilen cevaplar ile ilişkili faktörler lojistik regresyon analizinde incelenmiştir. Modelde cinsiyet, aylık gelir, sağlık bakım sistemine çok boyutlu güven ölçeği ve Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeği değişkenleri yer almaktadır. Aylık gelir ve sağlık okuryazarlığı ile yenidoğan taramaları nasıl olmalı sorusuna verilen yanıtlar arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki tespit edilmiştir. Aylık gelir artıkça yenidoğan sorusuna verdiği yanıtın zorunlu olma olasılığı 1,38 ile 5,75 arasında kat artmaktadır. Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeğinden alınan puanlar artıkça 1,02 kat artmaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada, katılımcıların Sağlık Bakım Sistemine Çok Boyutlu Güven düzeyi orta seviyede bulundu. Toplam puan açısından değerlendirildiğinde, sosyodemografik değişkenlerin hiçbirinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Sağlık hizmeti sağlayıcıları boyutunda kadınların erkeklere göre, bekarların evlilere göre güven düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Sağlık kurumlarına duyulan güven düzeyi incelendiğinde, aylık geliri yüksek olan katılımcıların, düşük gelir grubundaki bireylere kıyasla daha yüksek güven sergiledikleri görülmüştür. Katılımcıların yarıdan fazlası yetersiz-sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görülmüştür. Sağlık okuryazarlığı yüksek öğrenime sahip olanlarda, aylık gelir seviyesi yüksek olanlarda ve sağlık alanında çalışmış olanlarda daha yüksek bulunmuştur. Analizler sonucunda, tedavi ve hizmet kullanım boyutunda sağlık okuryazarlığı düzeyinin; öğrenim durumunun yüksekliği, aylık gelirin artışı ve ebeveynin sağlık alanında çalışma deneyimine sahip olmasıyla birlikte yükseldiği görülmüştür. Buna karşın, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutunda anlamlı bir farklılık yalnızca aylık gelir düzeyinin artışıyla ilişkilendirilmiştir. Katılımcıların aylık gelir düzeyinin yüksek olması, yenidoğan taramalarının zorunlu olması gerektiği yönündeki eğilimde belirleyici en önemli faktör olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların sağlık hizmeti sağlayıcılarına yönelik güven düzeyinin yüksek olması, yenidoğan taramalarının zorunlu olması yönündeki tercihlerini artırmıştır. Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi yetersiz-sınırlı olanların yenidoğan taramalarının isteğe bağlı olması yönündeki tercihleri daha yüksek bulunmuştur. SSÇBGÖ ve TSOY-32 arasında aynı yönlü zayıf bir korelasyon bulunmuştur. Yenidoğan tarama tercihlerinde aylık gelir ve sağlık okuryazarlığı yordayıcı faktörler olarak bulunmuştur. Finansal yoksunluk bu konuyu yordayan en önemli faktördür.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan taramaları, sağlık sistemine güven, sağlık okuryazarlığı, 1 yaş altı çocuğu olan ebeveyn

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S037]
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEKİMLERİNİN YAN DAL TERCİHLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

***Özlenur Akın*[1], *Mustafa Şenol Akın*[2], *Nimetcan Mehmet Orhun*[1]**
[1]*Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[2]*Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Neonatoloji Kliniği*

Giriş-Amaç

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (ÇSH) hekimlerinin yan dal tercihleri, sağlık sisteminin gelecekteki insan gücü planlaması açısından kritik öneme sahiptir. Son yıllarda ülkemizde bazı ÇSH yan dallarında kontenjanların boş kalması, tercih edilmemesi ya da eğitim sürecinde bu yan dallardan istifa edilmesi, sağlık hizmeti sunumunu etkilemektedir. Bu durum da halk sağlığı açısından önemli bir sorun oluşturmaktadır. Bu çalışmanın amacı ÇSH alanındaki hekimlerin yan dal uzmanlık tercihlerine etki eden faktörleri araştırmaktır.

Gereç-Yöntem

Bu araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini, 2012 yılı itibarıyla ÇSH uzmanlık eğitimine başlayan hekimler oluşturmuştur. Bu başlangıç yılı, ÇSH uzmanlık süresinin en erken 2016'da tamamlanması ve böylece son on yılda ÇSH alanında uzman olan hekimler ile halen uzmanlık eğitimi görmekte olan asistanları kapsayacak biçimde belirlenmiştir. Yapılan örneklem büyüklüğü hesaplaması sonucunda en az 373 katılımcıya ulaşılması gerektiği saptanmıştır. Kartopu örnekleme yöntemiyle ulaşılan 401 hekim çalışmaya dâhil edilmiştir. Veriler, Google Forms üzerinden çevrim içi olarak toplanmıştır. Anket formu üç bölümden oluşmaktadır: 1) Tüm katılımcılara yöneltilen ortak sorular, 2) ÇSH uzmanı ve asistanlarına özgü sorular, 3) ÇSH yan dal uzmanı ve asistanlarına özgü sorular. Araştırmada bağımlı değişkenler; "tercih edilen yan dal", "asla yapmam denilen yan dal", "halen görev yapılan yan dal", "sizce en çok istenen yan dallar" ve "sizce en az istenen yan dallar" olarak belirlenmiştir. Bağımsız değişkenler arasında demografik özellikler, eğitim sürecine ilişkin memnuniyet göstergeleri, mobbing algısı, istifa eğilimi gibi etkenler yer almıştır. Verilerin analizi IBM SPSS Statistics 27.0 programında yapılmıştır. Tanımlayıcı veriler sayı ve yüzde ile özetlenmiştir. Kategorik değişkenler arası ilişkiler Ki-kare testi ile, sürekli değişkenlerin grup karşılaştırmaları Mann–Whitney U ve Kruskal–Wallis testleriyle değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya 401 hekim katılmış olup katılımcıların %55,4'ü ÇSH uzmanı, %22,2'si ÇSH asistanı, %18'i yan dal asistanı ve %4,5'i yan dal uzmanıdır. Katılımcıların %71,3'ü Tıpta Uzmanlık Sınavı'nda (TUS) ÇSH'yi birinci tercihinde seçmiştir. ÇSH'yi tercih nedeni olarak en sık "isteyerek ve severek" yanıtı verilmiştir (%58,1). Eğitim kurumlarının dağılımı incelendiğinde katılımcıların %38,7'si üç büyük ildeki üniversite hastanelerinde, %36,4'ü üç büyük il dışındaki eğitim ve araştırma/şehir hastanelerinde çalışmaktadır. Asistanların %37,4'ü eğitimciler, %42,1'i ise kıdemli/eş kıdemli asistanlar tarafından mobbinge maruz kaldığını bildirmiştir. Katılımcıların %73,6'sı asistanlık döneminde en az bir kez istifa etmeyi düşündüğünü, ancak çoğu "asistanlık bitince düzeleceği" (%22,4) veya "yeniden TUS'a girme korkusu" (%19,2) nedeniyle bu düşüncesinden vazgeçtiğini belirtmiştir. ÇSH'yi TUS'ta daha üst sıralarda tercih eden katılımcıların "en çok istenen yan dalları" tercih etme eğilimleri anlamlı biçimde yüksektir ($p=0,024$). Kurum türü açısından ise üç büyük ildeki üniversitelerde çalışan asistanların "en çok istenen yan dalları", diğer illerdeki kurumlarda çalışanların ise "en az istenen" veya "orta derecede istenen" yan dalları daha fazla tercih ettiği saptanmıştır ($p=0,043$; $p=0,031$; $p=0,001$). Teorik eğitim kalitesi puanları yan dal tercih gruplarına göre anlamlı biçimde farklıdır ($p=0,014$). Teorik eğitimini daha düşük puanlayan asistanlar, gelecekte daha çok tercih edilen yan dallara yönelme eğilimindedir. Buna karşın pratik eğitim ve hasta tecrübesi puanlarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). İstifa etmeyi düşünen

asistanlarda "en çok istenen yan dalları asla yapmam" yanıtı daha yüksek orandadır (p=0,002); ayrıca "sizce en çok istenen yan dal hangisidir?" sorusunda "orta derecede istenen yan dallar" seçeneğini işaretleyenlerde istifa etme eğilimi daha fazladır (p=0,003). Bölüm değişikliği için TUS'a giren asistanların "en çok istenen yan dal" olarak orta derecede istenen yan dalları belirtme oranı anlamlı biçimde daha yüksektir (p=0,012). Kurum değişikliği için TUS'a girme durumu ile yan dal tercihleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05).

Sonuç ve Öneriler

ÇSH hekimlerinin yan dal tercihleri, yalnızca bireysel ilgi alanlarından değil; eğitim kalitesi, kurum tipi, istifa eğilimi ve bölüm değiştirme motivasyonlarından da etkilenmektedir. Teorik eğitim memnuniyeti azaldıkça popüler yan dallara yönelim artmakta; istifa düşüncesi olan asistanlarda ise belirli yan dallardan uzaklaşma eğilimi görülmektedir. Bu bulgular, ÇSH yan dallarındaki tercih ve istifa dengesizliğinin yalnızca bireysel değil, sistemsel ve halk sağlığı açısından bir planlama sorunu olduğunu ortaya koymaktadır. Eğitim kalitesinin artırılması, iş yükünün dengelenmesi ve asistan memnuniyetinin yükseltilmesi, çocuk sağlığı hizmetlerinde sürdürülebilir insan gücü planlaması açısından öncelikli olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Eğitim kalitesi, pediatri, uzmanlık eğitimi, yan dal

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S038]
DOĞU ANADOLU BÖLGESİNDE KIRSAL BİR İLÇEDE 1-4 YAŞ ÇOCUKLARIN GELİŞME DURUMU

Kübra Göksu[1], Furkan Öztürk[3], Mehmet Ertan Güner[3], Mustafa Enes Özden[2]
[1]Kars Kağızman Sağlıklı Hayat Merkezi
[2]Kars Kağızman İlçe Sağlık Müdürlüğü
[3]Kars Sarıkamış İlçe Sağlık Müdürlüğü

Giriş-Amaç

Erken çocukluk dönemi (1-4 yaş), fiziksel, bilişsel ve sosyal gelişimin hızlı ilerlediği bir dönem olup gelişimsel geriliklerin erken fark edilmesi bu dönemde kritiktir. Bu dönemde erken tanı ve yönlendirme çocukların eğitim, sağlık ve uyum süreçlerini doğrudan etkiler. Bu araştırmanın amacı, Doğu Anadolu Bölgesinde kırsal özellikler taşıyan bir ilçede yaşayan 1–4 yaş grubu çocuklarda gelişme geriliği yaygınlığını ve Sağlıklı Hayat Merkezi (SHM) tabanlı taramaların erken yönlendirme ile hizmet erişimine katkı potansiyelini belirlemektir.

Gereç-Yöntem

Retrospektif-tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma Doğu Anadolu Bölgesindeki yaklaşık 45.000 nüfuslu kırsal bir ilçenin SHM verileriyle gerçekleştirilmiştir. Ağustos 2025 itibariyle ilçedeki Aile Sağlığı Merkezi'ne (ASM) kayıtlı 1-4 yaş bandındaki tüm çocukların SHM bünyesindeki çocuk gelişim polikliniğine telefonla aranarak davet edilmesi ve yaklaşık bir saat süren görüşmelerle (aile ve çocukla, çocuk gelişimci tarafından) çocukların gelişiminin taranması uygulamasına başlanmıştır. Araştırmanın evrenini oluşturan ilçedeki ASM'ye kayıtlı 1-4 yaş bandındaki çocuk sayısı yaklaşık 500'dür. Ağustos-Ekim ayları arasında 59 görüşme gerçekleştirilmiştir. Görüşmeleri yapan çocuk gelişimci, görüşme notlarını kimliksizleştirerek veri tabanına aktarmıştır. Araştırma kapsamında örneklem seçilmemiş olup yapılan tüm görüşmelere ait veriler kullanılmıştır. Tarama hizmeti tamamlandığında, verilerin tümünün kullanımı amacıyla etik kurul izni alınacak olup, başlatılan tarama programının ön sonuçlarının UHSK 2025'te sunulması amacıyla İlçe Sağlık Müdürlüğü izni ve kaymakamlık oluru alınmıştır.

Araştırmanın tanımlanan değişkeni gelişme geriliği olma durumu olup tanımlayan değişkenler olarak cinsiyet; yaş; preterm doğum-yoğun bakım yatışı ve süreğen hastalık öyküsü; işitme taraması sonucu; anne-baba yaşı; hane büyüklüğü; yakın dönemde aileyi derinden etkileyen olay varlığı; evde çift dil konuşulma durumu; kardeş sayısı; ekran süresi; akran etkileşim durumları incelenmiştir. Araştırma verilerinin hasta kayıtlarından retrospektif olarak toplanması dolayısıyla bazı verilerde eksiklikler olması, SHM'nin ilçe merkezinde yer alması sebebiyle görüşmeye köylerden katılımın az olması, ASM kayıtlarındaki eksiklikler sebebiyle kimi ailelerin telefonlarına ulaşılamaması araştırmanın iç ve dış geçerliliğini etkileyebilecek olası yanlılık kaynaklarıdır. Ek olarak taramanın ilk üç aylık değerlendirmesi kapsamında başvuran tüm hastalar dahil edilmiş olup dahil edilen çocuk sayısının azlığı genellenebilirliği sınırlamaktadır. Araştırma verilerinin analizi IBM SPSS v31 programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı veriler, dağılıma ve veri türüne göre sayı (%), ortalama±SS veya ortanca (ÇADA) olarak sunulmuştur. Gruplar arası karşılaştırmalarda kategorik değişkenler arasında dağılıma uygun Ki-Kare Testi, sürekli veriler arasında Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. Tüm analizlerde tip 1 hata payı %5 kabul edilmiştir, çift yönlü p değerleri sunulmuştur.

Bulgular

İncelenen 59 görüşmede çocukların %28,8'inde (n=17) gelişme geriliği tespit edilmiş olup ortanca (ÇADA) gecikme süresi 9 (9) aydır. Çocuk, anne ve baba yaş ortalamaları sırasıyla 29±9 ay, 31±5 yıl ve 35±6 yıldır. Ortalama hane büyüklüğü 4,8±1,6; kardeş sayısı 2,3±1,1'tür. Çocukların %66,1'i erkektir; %13,6'sı preterm doğum öyküsüne ve %23,7'si yoğun bakım yatış öyküsüne sahiptir; 3 çocukta süreğen bir hastalık mevcuttur;

%44,1'inin evinde çift dil konuşulmaktadır; %83,1'i yakın dönemde aileyi derinden etkileyen bir durum yaşamamıştır; %78,0'ı planlı gebelik olup %45,8'i düzenli olarak akranlarıyla etkileşimdedir. Çocukların tamamı işitme taramasını yaptırmıştır. Çocukların ekran ortanca (ÇADA) süresi 30 (70) dk'dır. Gelişme geriliği saptanan çocukların, saptanmayanlara göre anlamlı derecede daha fazla ekran maruziyetine sahip olduğu (p=0,013), evlerinde çift dil konuşulma oranının daha yüksek olduğu (p=0,009) ve akranlarıyla düzenli etkileşimlerinin daha az olduğu (p=0,009) tespit edilmiştir.

Sonuç ve Öneriler

Görüşmelerin yaklaşık üçte birinde gelişme geriliği tespit edilmiştir. Arama ile davet usulü tarama, bu konuda endişesi yüksek ailelerin katılımıyla yaygınlığın yüksek görünmesine yol açmış olabilir. Özellikle SHM noktalarına başvuru konusunda çekinceleri olan veya bilgi eksikliği olan ailelerin bu tür tarama faaliyetleri ile kurumlara davet edilmesi ve gerilik saptanan çocukların erken yönlendirilmesi SHM'lerin toplumsal faydasını artırabilir.

Anahtar Kelimeler: Gelişme geriliği, Sağlıklı Hayat Merkezi, tarama

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S039]
2023 DEPREMLERİNİN BEBEK ÖLÜM HIZINA ETKİSİ: MEKÂNSAL VE SOSYOEKONOMİK ANALİZ

***Mithat Temizer*[1], *Kübra Çiçek*[2], *Berna Bilgin Şahin*[1]**
[1]*Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[2]*Hatay Dörtyol İlçe Sağlık Müdürlüğü*

Giriş-Amaç

Bebek ölüm hızı, bir toplumun sağlık düzeyini, sosyoekonomik koşullarını ve sağlık hizmetlerinin etkinliğini yansıtan en temel demografik göstergelerdendir. 6 Şubat 2023'te meydana gelen büyük deprem, sağlık altyapısında ciddi aksaklıklara, hizmet sunumunda kesintilere ve yaşam koşullarında belirgin bir bozulmaya yol açmıştır. Bu çalışma, 6 Şubat depreminin etkisini değerlendirmek ve Sosyoekonomik Gelişmişlik Endeksi (SEGE) ile bebek ölüm hızı (BÖH) arasındaki ilişkiyi incelemek üzere, 2022 ve 2023 yıllarına ait ilçe düzeyindeki BÖH verilerini karşılaştırmayı amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem

Bu ekolojik çalışmada, Türkiye'nin 973 ilçesine ait 2022 ve 2023 yıllarındaki bebek ölüm hızları (BÖH) analiz edilmiştir. Bağımlı değişken BÖH; bağımsız değişkenler ise yıl, ilçelerin SEGE puanları, depremden etkilenme durumu ve coğrafi konumudur. Veriler TÜİK ve SEGE raporlarından elde edilmiştir. Tanımlayıcı analizlerde medyan ve çeyreklik aralık kullanılmış, bağımlı gruplar için Wilcoxon İşaretli Sıra Testi uygulanmıştır. Doğrusal karma model analizleri Jamovi v2.6 programında GAMLj3 paketiyle yürütülmüştür. Mekansal dağılımın değerlendirilmesinde Tek Değişkenli Yerel Moran's I istatistiği GeoDa v1.22.0.12 programı ile hesaplanmıştır. Tip I hata düzeyi $\alpha=0.05$ olarak kabul edilmiş ve 999 permütasyon kullanılmıştır. Çalışma, kamuya açık ikincil verilerden yararlanılarak gerçekleştirildiği için etik kurul onayı gerektirmemektedir.

Bulgular

Deprem bölgesindeki ilçelerde ortanca BÖH 2022'de binde 10.4 iken 2023'te binde 13.9'a anlamlı şekilde yükselmiştir ($p<0.001$). Deprem bölgesi dışındaki ilçelerde anlamlı bir değişim saptanmamıştır. Mekânsal analiz, yüksek bebek ölüm hızına sahip kümelerin 2022'de 12 ilçeden 2023'te 38 ilçeye çıktığını ve bu kümelerin büyük oranda deprem bölgesinde yoğunlaştığını göstermiştir. SEGE bölgelerine göre yapılan sınıflamada, 2022 ve 2023 yıllarında en düşük sosyoekonomik düzeye sahip SEGE 6 grubunda BÖH en yüksek, en yüksek sosyoekonomik düzeye sahip SEGE 1 grubunda ise en düşük bulunmuş; SEGE 4 grubunda ise 2022'ye kıyasla 2023 yılında anlamlı bir artış saptanmıştır ($p=0.035$). Doğrusal karma model analizinde deprem etkisi anlamlı bir şekilde bebek ölüm hızını artırırken ($\beta=5.943$, $p<0.001$), yüksek SEGE puanları ile bebek ölüm hızı arasında negatif bir ilişki saptanmıştır ($\beta=-0.950$, $p<0.001$).

Sonuç ve Öneriler

2023 depremleri, etkilenen ilçelerde bebek ölümlerini anlamlı düzeyde artırmış ve sosyoekonomik eşitsizlikleri derinleştirmiştir. Afetlere yönelik etkili hazırlık, yüksek risk altındaki dezavantajlı bölgelerde bebekleri korumak için hedeflenmiş halk sağlığı müdahaleleri ve adil kaynak dağılımını gerektirmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bebek ölümü, depremler, sosyoekonomik faktörler

TAM METİN SÖZLÜ BİLDİRİ

[S040]
ERGEN SAĞLIĞI EĞİTİMİNDE "KİMSE GERİDE BIRAKILMASIN": GÜNEYDOĞU SINIRINDA SAHA UYGULAMASI

***Ecenur Yağcı*, Safiya Tik, Rozelin Akengin**
Şırnak Cizre İlçe Sağlık Müdürlüğü

Giriş

Sağlıklı yaşamın temellerinin atıldığı benzersiz bir dönem olan ergenlik döneminde (10-19 yaş) bedensel, ruhsal ve sosyal gelişimin hızlı yaşanması sağlık bilgi ihtiyacını kaçınılmaz kılmaktadır. Ergenlikte sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesi için güvenilir ve destekleyici bir çevre ön koşul olmakla beraber; ergenin çevresiyle nasıl etkileşime geçtiği ve sağlık bilgi ihtiyacının karşılanması önem arz etmektedir1. Alma-Ata Konferansında (1979) sağlıklı yaşam davranışlarını geliştirme konusunda fırsat eşitliği sağlanması yönünde atılması gereken ilk adımın temel sağlık hizmetlerinden biri olan "halkın sağlık eğitimi" olduğu belirtilmiştir2. Ergen sağlığı eğitimleri kapsamında Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (United Nations on Education, Sicence and Culture Organization-UNESCO) ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (United Nations Population Fund-UNFPA) tarafından oluşturulan teknik rehbere göre; rehberi dikkate alan her toplum, kendi kültürüne uygun bir şekilde eğitim programını belirleyecektir. İlgili rehberde sağlık eğitimlerinin örgün eğitimde 5-8 yaş grubu ile 18 yaş ve sonrasına kadar dönem boyunca milli eğitim müfredatına entegre edilebileceği belirtilmiştir. Yaşa uygun, kültüre uygun olarak hazırlanması önerilen sağlık eğitim müfredatında aşağıdaki konu başlıkları belirtilmiştir3 (Tablo 1):

Tablo 1. *UNESCO'nun sağlık eğitimi teknik rehberinde yer alan başlıklar ve ergenlik dönemi ile ilgili alt başlıkları*[3]

İlişkiler Arkadaşlık ve sağlıklı ilişkiler	Sağlıklı Yaşam becerileri Akran etkileşimi ve iletişim
Kişisel Yaşam Becerileri Eleştirel düşünme ve duygusal farkındalık	İnsan Vücudu ve Gelişimi Ergenlik ve bedensel değişiklikler
Kadın ve Erkek Eşitliği Toplumda kadın ve erkeğe biçilen yanlış roller ve kalıp yargılarla mücadele	Cinsel Haklar ve Davranışlar Çocuk yaşta zorla evlilikler ve çocukların eğitim hakkı
Şiddet ve Güvenlik Taciz ve zorbalıktan korunma	Cinsel Sağlık Menstrüasyon, hijyen, gebelik, doğurganlık

Ergen Sağlığı Eğitimi Saha Uygulamasının Önemi

Türkiye'nin Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yer alan saha çalışmasının yapıldığı ilçede, 2024 TÜİK verilerine göre 10-14 yaş arasında 9 bin 915 erkek ve 9 bin 332 kız ikamet etmektedir. (23) 10-14 yaş arasındaki toplam 19 bin 247 ergen nüfus, ilçenin toplam nüfusunun (163.883) %11,74'üne tekabül etmektedir. Tüm Türkiye'deki 10-14 yaş arasındaki nüfus oranı ise %7,53'tür4.Aynı bölgede kadın sağlığı ve ergen sağlığı hakkında bilgi sahibi olabilmek amacıyla 2023 yılında bebek ölümü ve ölü doğumlar ile ilgili yapılmış bir araştırma incelendiğinde; bebeği ölen veya ölü doğum yapan anneler arasında 16-19 yaş grubunda 13 ergen kızın yer aldığı (%5,37) ve okuryazar olmayan anne sayısının, okuryazar olmayan baba sayısının yaklaşık dört katı olduğu dikkat çekmektedir5. Türkiye'de 2018 yılında %14,7 olan 18 yaş altı evlilik oranı, Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde %23'tür6. Tüm bu veriler göstermektedir ki saha çalışmasının yapıldığı ilçede ergen nüfus oranı Türkiye ortalamasına göre yüksektir; ergenlere uygun ve yeterli sağlık eğitiminin verilmesi, ilerideki yetişkin yaşamlarını etkileyecek daha sağlıklı ve bilinçli kararlar almalarını sağlayacaktır.

Bu çalışmanın amacı; ilçe sağlık müdürlüğü bünyesinde görev alan, eğitici olarak seçilen ve ergen sağlığı

konusunda eğitilen sağlık personellerinin ilçede ortaokul düzeyindeki tüm okullara ulaşarak altıncı sınıf öğrencilere yaptığı ergen sağlığı eğitimlerinin aktarılarak Türkiye'de ergen sağlığını geliştirici politikalara katkı sunmasıdır. Eğitimlerin Planlama Aşamaları ve Uygulama Kapsayıcılığı

Eğitim, saha çalışmasının yürütüldüğü ilçede yer alan birinci basamak sağlık kuruluşu bünyesinde faaliyet gösteren ilgili birimler tarafından planlanmıştır. Toplum eğitimleri için alınan resmi izinler doğrultusunda okul yönetimleri bilgilendirilmiştir. Sağlık birimi tarafından okul idareleriyle telefon aracılığıyla iletişime geçilerek öğrenci sayısı ve okul eğitim salonu olanakları hakkında bilgi alınmıştır. Mevcut imkânlar doğrultusunda projeksiyon, bilgisayar, hoparlör ve mikrofon kontrolleri yapılmış; teknik destek gerektiğinde sağlanmıştır. Ayrıca kız öğrencilere yönelik olarak Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanıp internet sayfasında yayımlanan "Menstrüel Dönem (Adet Dönemi)" broşürleri, kız öğrenci sayısı kadar temin edilerek okullara ulaştırılmıştır.

Okullarla telefon aracılığıyla iletişim kurulduktan sonra eğitim ekipleri çoğunlukla kurumun hizmet aracıyla okullara ulaşım sağlamıştır. İlçede bulunan 44 ortaokulun tamamına ulaşılmış; bu okulların 22'si kırsal bölgede, 22'si merkezde yer almaktadır. 2024-2025 eğitim-öğretim yılında toplam 2460 erkek ve 2089 kız öğrenciye eğitim verilmiştir. Hedef sayı 2562 erkek ve 2288 kız öğrenci olup, ergen sağlığı eğitimine katılım oranı erkeklerde %96,01; kızlarda %91,30 olarak hesaplanmıştır. Eğitimler Aralık 2024 – Mayıs 2025 tarihleri arasında sürmüş; çoğunlukla birden fazla ekibin eş zamanlı olarak farklı okullarda eğitim verdiği bir planlama uygulanmıştır. Toplamda beş eğitici görev almıştır. Eğiticilerden biri halk sağlığı uzmanı doktor olup eğitici eğitimini kendisi gerçekleştirmiştir. Diğer eğiticilerden ikisi doktor, ikisi hemşire ve sağlık memurudur.

Eğitim sürecinde düzenli değerlendirme toplantıları yapılmış, eğitimlerin işleyişi hakkında görüş alışverişinde bulunulmuştur. Haberleşme ağı kurularak gerçekleştirilen tüm eğitimlerin fotoğrafları paylaşılmış, okul ve zaman çizelgesi düzenli olarak güncellenmiştir. Eğitim ekipleri biri kadın, biri erkek olmak üzere ikişer kişiden oluşan iki ekip ve ayrıca halk sağlığı uzmanından oluşan bir ekip şeklinde yapılandırılmıştır. Bu düzenleme ile kız ve erkek öğrencilere ayrı sınıflarda eğitim verilmesi sağlanmış; öğrencilerin merak ettikleri konuları rahatça sormaları teşvik edilmiştir.

Eğitimin hedef kitlesi ortaokul altıncı sınıf, 11-14 yaş arası öğrencilerden oluşmaktadır. Merkez okullarda ekip kapasitesinin verimli kullanılabilmesi amacıyla altıncı sınıf (çoğunlukla 12 yaş) öğrenciler öncelikli olarak eğitime alınmıştır. Kırsal bölgelerde öğrenci sayısının daha düşük olması nedeniyle altıncı, yedinci ve sekizinci sınıf (çoğunlukla 11, 12, 13 ve 14 yaş) öğrenciler eğitime dahil edilmiştir.

Eğitim Sunumunda İşlenen Konular

Eğitim sunumunda kullanılan temel kaynaklar7,8,9,10 kapsamında erkek ve kız öğrencilere iki ayrı sunum hazırlanmıştır.

- Kız öğrencilere yönelik hazırlanan eğitim sunumundaki akış:

Giriş: Ergenliğe girerken genç kızların duygu ve düşünceleri hakkında interaktif bir girişle başlanır.

Gövde: Etkili eğitim tekniklerinden soru-cevap yöntemi kullanılan, adet (regl) dönemi hakkında bir video11 ile desteklenen sunumda gösterim (demonstrasyon) yöntemi ile pedin tanıtımı, çamaşıra yerleştirilmesi, hijyen kurallarına uygun bir şekilde atık haline getirilmesinin aktarılması gerçekleştirilmiştir. Görsel ve işitsel olarak desteklenmiş bu sunumda aşağıdaki konu başlıklarına yer verilmiştir.

1. Ergenlik değişiklikleri

2. Adet (regl) olmak

3. Ergenlik değişimleri ile baş etme yolları

4. Kimse mükemmel değildir

5. Değişen arkadaşlıklar

6. Romantik Hisler

7. Tacize maruz kalındığında yapılması gerekenler

Özet: Sık sorulan sorular ve cevaplar slaytları ile sunumun ana hatlarıyla özetlenmesi sağlanmıştır.

• Erkek öğrencilere yönelik hazırlanan eğitim sunumundaki akış:

Giriş: Ergenlik döneminde erkek öğrencilerin duygu ve düşünceleri hakkında interaktif bir girişle başlanır.

Gövde: Etkili eğitim tekniklerinden soru-cevap yöntemi kullanılan, ıslak rüyalar hakkında bir video12 ile desteklenen sunumda, kadın ve erkeklere toplum tarafından atfedilen roller ve kalıp yargılar ile ilgili beyin fırtınası tekniği ile görüşler alınmıştır. Görsel ve işitsel olarak desteklenmiş bu sunumda aşağıdaki konu başlıklarına yer verilmiştir.

1. Ergenlikte hormonlarımız

2. Erkek cinsel (üreme) organları

3. Ereksiyon ve boşalma

4. Üreme organları hijyeni

5. Sağlıklı yaşam davranışları

6. Toplumdaki yanlış inanışlar

7. Taciz nedir? Taciz durumunda yapılması gerekenler

Özet: Özetleme uygulaması öğrencilerden sözel olarak gerçekleştirilmiştir.

Sahada Karşılaşılan Güçlükler ve Çözümler

Kurum İçi Sorunlar: Uygulama süreci içerisinde, kurum içi organizasyona bağlı bazı lojistik ve insan kaynağı temelli sorunlarla karşılaşılmıştır. Ulaşım olanaklarının yetersizliği nedeniyle ekip üyeleri, şahsi araçlarını kullanmak suretiyle bu eksikliği bireysel çabalarla gidermiştir. Ayrıca, ekip sayısının sınırlı olması mevcut ekip üyelerinin görev dağılımında esnekliğe gitmelerini ve belirli görevleri fazladan üstlenmelerini gerektirmiştir. Bu durum, ekip içi iş birliği ve özverili çalışma sayesinde büyük ölçüde telafi edilmiştir.

Materyal Yetersizliği: Öğrencilere dağıtılması planlanan bilgilendirici materyallerin (özellikle broşürlerin) sayıca yetersiz olması, uygulamanın etkinliğini olumsuz etkileyebilecek bir unsur olarak değerlendirilmiştir. Bu eksiklik, mevcut materyallerin fotokopi yoluyla çoğaltılması ve siyah-beyaz kopyalarla idare edilmesi şeklinde pratik bir çözümle giderilmiştir. Böylece, sınırlı kaynaklar verimli şekilde kullanılmıştır.

Okullarda Gözlemlenen Teknik Aksamalar: Faaliyetlerin yürütüldüğü bazı eğitim kurumlarında teknik altyapı eksiklikleri (örneğin, bilgisayar ve projeksiyon cihazlarının bulunmaması) ile karşılaşılmıştır. Bu tür durumlarda ekip üyeleri, kişisel bilgisayarlarını kullanarak sürecin aksamadan devam etmesini sağlamıştır. Ayrıca, bazı okullarda akıllı tahta sistemlerinin kurulu olmaması ya da hoparlör sistemlerinde yaşanan arızalar, ilgili okul yönetimlerinin desteğiyle hızlı bir şekilde çözüme kavuşturulmuştur.

Ders Esnasında Disiplin ve Dikkat Dağınıklığı Sorunları: Eğitimler esnasında bazı oturumlarda, öğrenciler arasında derse odaklanmayı engelleyici konuşmaların gerçekleştiği ve bu durumun hem eğiticinin hem de diğer öğrencilerin dikkatinin dağılmasına yol açtığı gözlemlenmiştir. Bu sorunun önüne geçebilmek amacıyla, sınıfta ilgili rehber öğretmenin veya alan öğretmeninin derse eşlik etmesi sağlanmış; böylece sınıf içi düzenin korunması sağlanmış ve dikkat dağınıklığı minimize edilmiştir

Eğitimlerde Etki Edilen Alanlar, Geri Bildirimler ve Gözlemler

Uygulama süreci boyunca çeşitli bölgesel ve kültürel bağlamlarda dikkat çeken vaka örnekleri gözlemlenmiş; bu durumlar aracılığıyla eğitimin etkili olabileceği alanlar dikkat çekmiştir.

Geleneksel inançlar ve yanlış bilgi ile mücadele: Bölgede özellikle kız öğrenciler arasında "adet döneminde banyo yapılmaz" şeklindeki geleneksel ancak yanlış inanışın oldukça yaygın olduğu gözlemlenmiştir. Bu yanlış bilgi, hijyen ve sağlık açısından önemli riskler doğurabilecek nitelikte olduğundan, eğiticiler bu konuda bilimsel bilgiler doğrultusunda bilgilendirme yapmış ve öğrencilerin doğru sağlık davranışları geliştirmeleri hedeflenmiştir.

Kız öğrencilerde adet döngüsü konusuna yüksek ilgi: Adet döngüsü ve adet dönemi konularının işlendiği sunumlarda, kız öğrencilerden yoğun ilgi ve katılım gözlemlenmiştir. Bu durum, öğrencilerin ihtiyaç duyduğu fakat yeterli bilgiye ulaşamadığı konularda açık ve güvenli bir öğrenme ortamı sunulduğunda, eğitimin etkisinin ne derece artabileceğini göstermektedir. Bu bağlamda, kız öğrencilerle yürütülen oturumlar, eğiticilerin doğrudan etki ettiği alan olarak öne çıkmıştır.

Erkek öğrencilerde üreme fizyolojisine yönelik merak: Erkek öğrenciler arasında, özellikle üreme fizyolojisi konusunda diğer konu başlıklarına kıyasla daha fazla ilgi ve soru yöneltildiği gözlemlenmiştir. Bu durum, erkek öğrencilerin cinsel sağlık ve biyolojik gelişim süreçlerine dair bilgi ihtiyacını ortaya koymakta; bu alanda sunulan eğitimlerin, gizli kalmış merak ve yanlış bilgilerle mücadele açısından kritik bir rol üstlendiğini göstermektedir.

Okul yöneticilerinden alınan geri bildirimler: Okul yöneticilerinden alınan geri bildirimler genel olarak son derece olumlu olmuştur. Yöneticiler, öğrencilerin ergen sağlığı konularında ciddi bilgi eksiklikleri bulunduğunu gözlemlediklerini ifade etmişlerdir. İlçe merkezinde yer alan bazı okullarda Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik (PDR) öğretmenleri tarafından ergenlik dönemiyle ilgili eğitimler verilmiş olmakla birlikte, kırsal alanlarda görev yapan PDR öğretmenlerinin bulunmamasının önemli bir boşluk yaratmakta olduğu belirtilmiştir. Bu bağlamda, kurum dışından bir ekip olarak gerçekleştirdiğimiz bilgilendirme çalışmaları, okul yönetimi açısından önemli bir destek olarak değerlendirilmiştir. Sunulan eğitimlerin, okulun üzerindeki sorumluluğu bir ölçüde hafiflettiği belirtilmiş ve bu nedenle tarafımıza teşekkür ve takdir iletilmiştir. Ayrıca, verilen eğitimin kapsamının genişletilmesi talep edilmiş; özellikle 7. sınıf öğrencilerine yönelik benzer bilgilendirme faaliyetlerinin de yürütülmesi yönünde istek bildirilmiştir.

Öğrenci Geri Bildirimleri: Eğitimlere katılan öğrencilerden elde edilen geri bildirimler genel olarak olumlu yöndedir. Öğrencilerin eğitimi algılama biçimleri, yönelttikleri sorular ve gösterdikleri dikkat düzeyi, sunumların ilgi çekici bulunduğunu ve katılımcıların içeriğe aktif olarak dâhil olduklarını göstermektedir. Öğrencilerden gelen sorular hem bilişsel merakın hem de bilgi eksikliklerinin göstergesi niteliğindedir. En sık yöneltilen sorular; dini bağlamda biyolojik süreçlerin etkileri (örneğin, "Adetliyken neden namaz kılınmaz?"), ergenliğe ve üreme sağlığına ilişkin fizyolojik süreçler ("Menopoz nedir?", "Adet görmek ne zamana kadar devam eder?") ve ergenlik döneminde görülen cilt problemleri ("Sivilcelerle nasıl başa çıkılmalı?") etrafında yoğunlaşmıştır. Geri bildirimler doğrultusunda, kız ve erkek öğrenciler arasında dikkat süresi ve bilişsel katılım düzeyi açısından belirli farklılıkların bulunduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca, sunumların süresinin bazı sınıflar için uzun olduğu ve öğrencilerin dikkat ve anlama kapasitelerinin bu süreçte zorlandığı tespit edilmiştir. Öğrenciler arasında okul ve bireysel düzeyde bilgi altyapısı farklılıkları bulunsa da tüm gruplarda konuya yönelik yüksek düzeyde ilgi gözlemlenmiştir. Özellikle öğrenciler, kendilerini doğrudan ilgilendiren konulara dair bilgi eksikliklerinin farkına varmış; bu eksiklikleri gidermek amacıyla yoğun şekilde soru sorarak eğitime aktif katılım göstermiştir. Böylelikle bilgi açıklarını kapatmaya yönelik güçlü bir motivasyon sergilemişlerdir.

Sonuç ve Öneriler

Bölgenin sosyokültürel özellikleri dikkate alındığında, Türkiye genelinde var olan ergen sağlığına yönelik bilgi ihtiyacının bu bölgede daha da belirgin olduğu gözlemlenmiştir. Mevcut müfredatta ergen sağlığına

yeterince yer verilmemesi, bölgesel temelli uygulamaların gerekliliğini ve önemini artırmaktadır. Bu çalışma, bir ilçede bölgesel temelli olarak uygulanmış ve diğer ilçe sağlık otoritelerine örnek teşkil edebilecek bir model oluşturmuştur. Ancak, ideal olan, ergen sağlığı eğitimlerinin Millî Eğitim Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı iş birliği içerisinde, özellikle altıncı sınıf düzeyinde olmak üzere müfredata entegre edilerek ulusal ölçekte yaygınlaştırılmasıdır. Bu yaklaşım yalnızca eğitimin tüm ülkeye yayılımını sağlamakla kalmayacak, aynı zamanda içerik ve uygulama açısından standardizasyonu da mümkün kılacaktır.

Sürdürülebilirlik ve Geliştirme Önerileri: Ergenlik döneminde kazanılan bilgi ve becerilerin, bireylerin erişkinlik dönemlerindeki sağlık durumlarını önemli ölçüde etkilediği bilinmektedir. Bu bağlamda, verilen eğitimlerin içeriğine daha somut ve pratik beceri kazandırıcı unsurların eklenmesi önerilmektedir. Örneğin, bir sonraki uygulamada kız öğrencilere yönelik ped kullanımı uygulamalı olarak gösterilebilir ve bu konuda beceri gelişimine odaklanılabilir.

Eğitim sunumları sırasında öğrencilerin dikkat sürelerinin sınırlı olduğu göz önünde bulundurularak, sunumların iki oturum hâlinde planlanması ve eğitim ekibine bir psikoloğun da dâhil edilmesi faydalı olacaktır. Sunumlar daha kısa ve etkileşimli hâle getirilerek, yaklaşık 30 dakika içinde tamamlanabilir.

Yaygınlaştırma Potansiyeli: Bu uygulamanın benzer sosyokültürel yapıya sahip diğer ilçelerde ve ülke genelinde hayata geçirilmesi, yerel ve ulusal düzeyde sağlık ve eğitim politikaları açısından büyük bir kazanım sağlayabilir. Saha çalışmasının sonuçları, farklı bölgelerdeki uygulamalar için örnek teşkil edebilecek niteliktedir. Bu nedenle; bu çalışma, müdahale çalışması olarak tasarlanıp çıktıları değerlendirilerek hem içerik hem de yöntem bakımından ölçeklenebilir ve tekrarlanabilir modeller oluşturulmasına temel oluşturabilir.

Kaynaklar:

1. *World Health Organization, Adolescent, 2025, erişim adresi: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1, erişim tarihi: 10.10.2025.*
2. *World Health Organization, Alma ata declaration, 1978, erişim adresi: https://www.who.int/publications/i/item/declaration-of-alma-ata , erişim tarihi: 10.10.2025.*
3. *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, International technical guidance on sexuality education: An evidence-informed approach, 2018.*
4. *TÜİK, Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi, erişim adresi: https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=95&locale=tr, erişim tarihi: 2 Temmuz 2025.*
5. *Yağcı E ve diğ., Şırnak ili 2023 yılı bebek ölümleri ve ölü doğumlar, 2024, 8. Uluslar arası 26. Ulusal halk sağlığı kongresi (237-237)*
6. *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye'de Çocuk Yaşta, Erken ve Zorla Evlilikler (rapor), (27-29).*
7. *Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı, Büyüyorum Kitapçığı, 2011.*
8. *Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı, Değişiyorum Kitapçığı, 2012.*
9. *T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Çocuk ve Ergen Dairesi Başkanlığı, Eğitim Materyalleri, erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/dokumanlar-cocukergen/afisler-brosurler.html , 09.09.2025.*
10. *Karen Gravelle K, Regl Kitabı, Genç kızların büyüme rehberi, 2019.*
11. *AMAZE, Menstrüasyon (Regl Olmak), 2021, erişim adresi: https://youtu.be/FPBoTwcYxT4?feature=shared, erişim tarihi: 10.09.2025.*
12. *AMAZE, Islak Rüyalar, 2021, erişim adresi: https://youtu.be/L8_wlq7kZL8?feature=shared , erişim tarihi: 10.09.2025.*

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S041]
KOCAELİ İLİNDEKİ İTFAİYECİLERDE GENEL SAĞLIK DURUMU VE PSİKOSOSYAL RİSKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

***Mehmet Ertan Güner*[1], *Ahmet Alp Aker*[2]**
[1]*Sarıkamış İlçe Sağlık Müdürlüğü*
[2]*Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

Giriş-Amaç

İtfaiyeciler meslekleri nedeniyle başta yanıklar, yaralanmalar, zehirlenmeler ve ruhsal travmatik olaylar olmak üzere pek çok fiziksel, kimyasal, biyolojik ve psikososyal tehlikeye maruz kalmaktadır. Hem fiziksel hem de ruhsal sağlığını etkileyen pek çok tehlikeyi barındırmasıyla son derece riskli bir iş olan itfaiyecilik, işçi sağlığı ve iş güvenliği konusunda üzerinde önemle durulması gereken bir meslektir. Bu çalışmanın amacı, Kocaeli'ndeki itfaiyecilerin sosyodemografik ve çalışma yaşamıyla ilgili özellikleri, genel sağlık durumları, ruhsal sağlık durumları, TSSB varlığı ve iş yeri kaynaklı psikososyal riskleri saptamak ve ruhsal sağlık durumları ile bu değişkenler arasındaki ilişkileri incelemektir.

Gereç-Yöntem

Araştırma kesitsel nitelikte gözlemsel bir çalışmadır. Araştırma, 2024 yılında Kocaeli Büyükşehir Belediyesi İtfaiye Daire Başkanlığı'na bağlı tüm itfaiye gruplarında yürütülmüştür. Örnek seçilmemiş olup Kocaeli İtfaiyesi'nde görev yapan tüm çalışanlara (N=650) ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışma sonucunda evrenin %46,4 (n=302)'üne ulaşıldı. Hazırlanan veri formu tüm itfaiye istasyonlarına araştırmacı tarafından elden ulaştırılmış ve geri toplanmıştır. Veri formunda, literatür taraması sonucu elde edilen bilgiler ışığında araştırmacı tarafından hazırlanan soru formu ile sosyodemografik, iş yeri ve çalışma hayatı, genel sağlık durumları ve iş kaynaklı travmatik stres faktörleriyle ilgili bilgiler toplandı. Ruhsal sağlık durumu GSA-12 ile, TSSB varlığı TSSB-KÖ ile ve psikososyal riskler KOPSOR-TR ölçeği aracılığıyla incelendi. Araştırma verilerinin analizi IBM SPSS v21 programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı veriler kategorik için sayı (%), sürekli veriler için ortalama (±SS) ve ortanca (min-max) değerler kullanılarak sunuldu. Psikososyal risk boyutları ile ruhsal sağlık durumu ve TSSB varlığı arasındaki ilişkileri değerlendirmek için önce tek değişkenli analizler yapılmış, p<0,20 bulunan değişkenler oluşturulan 3 farklı lojistik regresyon modeline dahil edilmiştir. Model 1'de, yaş (<35, >=35), medeni durum (evli / bekar), gelirin gidere göre durumu (az, denk, çok), bu iş yerinde çalışma süresi (1 yıl ve altı, 2-5 yıl, 6-10 yıl, 10 yıl üzeri), kadro durumu (memur / işçi), kronik hastalık varlığı (var / yok), algılanan sağlık durumu (Çok iyi/iyi, orta/kötü) ve Maraş depreminden sonra bölgede görev yapma durumu (evet / hayır) ruhsal sağlıkla ilişkili değişkenler olarak incelenmiştir. Model 2'de, KOPSOR-TR ölçeği boyutları incelenmiştir. Son olarak Model 1'e KOPSOR-TR boyutları eklenerek Model 3 oluşturulmuştur. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi p<0,05 olarak kabul edilmiştir. Etik kurul izini, Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır. (KÜ GOKAEK-2024/03.21)

Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması 37,2 ±10,4, %96,4'ü erkektir. Katılımcıların %7,9'u ortaokul ve altı, %30,5'i lise ve %61,6'sı yüksekokul ve üstü eğitim durumuna sahipti. Katılımcıların %21,5'i gelirinin giderinden az olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların itfaiye teşkilatında çalışma süresi ortanca 10 yıldır (min 1 – max 38). Araştırma grubunun %55,2'si fazla kilolu ve %13,1'i obezken, %55,6'sı aktif sigara içicisidir. Katılımcıların %15,9'unun en az bir kronik hastalığa sahip olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan itfaiyecilerin %23,8'i meslek hayatlarında en az 1 defa iş kazası geçirdiği, %21,5'i görevleri sırasında fiziksel şiddete uğradığı ve %54,3'ü görevleri sırasında sözel şiddete uğradığı saptanmıştır. İşle ilgili psikososyal risk boyutları incelendiğinde; en çok yüksek risk puanı orantısına sahip ilk 3 boyut akranlardan sosyal destek eksikliği (%73,6), güven eksikliği (%71,2) ve duygularını gizleme gereksinimi (%67,1); son 3 boyut ise liderlik kalitesi eksikliği (%50,8), rol

açıklığı eksikliği (%50,3) ve işin anlamsızlığı (%39,5) olarak tespit edilmiştir. Araştırma grubunda ruhsal sağlık durumu kötü olma yaygınlığı %60,9 ve TSSB yaygınlığı %3,0 olarak bulunmuştur. Yapılan çok değişkenli analizler sonucunda; Model 1'de 35 yaş ve üzeri olmak 2,49 kat (%95 GA 1,07-5,75), bekar olmak 2,49 kat (%95 GA 1,13-5,46), 6-10 yıl çalışma süresi 4,65 kat (%95 GA 1,46-14,77), kronik hastalığa sahip olmak 2,46 kat (%95 GA 1,02-5,94) ve algılanan sağlık durumunun orta/kötü olması 3,49 kat (%95 GA 1,55-7,85) fazla kötü ruhsal sağlık durumuna sahip olmakla ilişkili bulunmuştur. Gelirin gidere denk olması 0,20 kat (%95 GA 0,09-0,46), yüksek olması 0,21 kat (%95 GA 0,07-0,62) ve Maraş depremi sonrası bölgede görev almış olmak 0,50 kat (%95 GA 0,26-0,97) düşük kötü ruhsal sağlık durumuna sahip olmakla ilişkili bulunmuştur. Model 2'de, işte özgürlük eksikliği, işin anlamsızlığı ve tükenmişlik boyutlarında yüksek puana sahip olanlarda kötü ruhsal sağlığın olması durumu sırasıyla; 2,33 kat (%95 GA 1,23-4,42), 2,80 kat (%95 GA 1,36-5,74) ve 1,98 kat (%95 GA 1,04-3,76) fazla ilişkili bulunmuştur. Model 3'te bekar olmak 2,87 katı (%95 GA, 1,13-7,24), 6-10 yıl arası çalışma süresi 4,28 katı (%95 GA, 1,09-16,80) ve işte özgürlük eksikliği 2,44 katı (%95 GA, 1,22-4,89) kötü ruhsal sağlık durumuna sahip olmakla ilişkili bulunmuştur. Hane gelirinin gidere denk olması az olmasına göre 0,26 kat (%95 GA, 0,10-0,67) az kötü ruhsal sağlık durumuna sahip olmakla ilişkili bulunmuştur.

Sonuç ve Öneriler

İtfaiye çalışanlarında, psikososyal risklerin tespiti ve yönetimine önem verilmelidir. İtfaiye teşkilatlarında kilo yönetimi, kronik hastalıkların önlenmesi ve kontrolü ve ruh sağlığı desteğini de içinde barındıran itfaiyecilerin çalışma ve yaşam koşullarıyla uyumlu sağlığı koruma ve geliştirme programlarının uygulanması çalışan ve örgüt refahını geliştirecektir.

Anahtar Kelimeler: İtfaiyeci, psikososyal riskler, çalışan sağlığı, ruh sağlığı

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S042]
ANKARA BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ'NDE İŞ KAZALARININ ÖNLENMESİ: KÖK NEDEN ANALİZİNE DAYALI ADAPTİF İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ (İSG) YÖNETİM SİSTEMİ

Mustafa Can
Ankara Büyükşehir Belediyesi, Sağlık İşleri Dairesi Başkanlığı, İş Sağlığı ve Güvenliği Şube Müdürlüğü

Giriş-Amaç

Bu çalışmanın amacı, Ankara Büyükşehir Belediye Başkanlığı'na bağlı daire başkanlıkları ve iştiraklerinde 2024 yılında meydana gelen 951 iş kazasının kök nedenlerini analiz ederek, benzer kazaların tekrarını önlemeye yönelik proaktif ve sürdürülebilir önlem stratejileri geliştirmektir. Kök neden analizine dayalı "portatif önlem paketlerinin" uygulanmasıyla, benzer kaza senaryolarının tekrarlanma riskinin en az %30 oranında azaltılması hedeflenmiştir. Çalışma, yalnızca istatistiksel verilerle sınırlı kalmayıp, kazaların altında yatan sistemik ve Organizasyon el faktörleri ortaya çıkararak, reaktif yaklaşımdan proaktif güvenlik kültürüne geçişi amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem

Bu araştırmada, "ölç-öğren-uyum sağla" prensibine dayalı Adaptif İSG Yönetim Sistemi modeli uygulanmıştır. Bu kapsamda araştırma, Adaptif İSG Yönetim Sistemi'nin iş kazalarının sıklığı ve şiddeti üzerindeki etkisini test etmeyi amaçlamaktadır. Bu sistem, modern siber güvenlikte kullanılan adaptif güvenlik mimarisinden esinlenerek geliştirilmiştir.

Başlıca özellikleri şunlardır:

- Dinamik Risk Yönetimi: Gerçek zamanlı veriler ve sensörler aracılığıyla sürekli güncellenen risk matrisi.
- Veri ve Analitik Tabanlı Yaklaşım: Büyük veri, IoT ve yapay zekâ destekli risk tahmin modelleri.
- Kişiselleştirilmiş Güvenlik Önlemleri: Çalışan profiline göre uyarlanmış güvenlik politikaları.
- Gerçek Zamanlı İzleme ve Müdahale: Otomatik uyarı ve hızlı tepki mekanizmaları.
- Sürekli Öğrenen Sistem: Her olay sonrası yapılan kök neden analizi ile sistemin kendini güncellemesi.

Çalışma, 01.01.2024 – 31.12.2024 tarihleri arasında kaydedilen 951 iş kazasının retrospektif incelenmesine dayanmaktadır. Veriler, belediyenin İSG birimi kayıtlarından elde edilmiştir. Kazalar; tür, neden, etkilenen vücut bölgesi, iş günü kaybı gibi değişkenler açısından betimleyici istatistiksel analiz yöntemleriyle değerlendirilmiş, kök nedenler Balık Kılçığı (Ishikawa) Diyagramı ile sınıflandırılmıştır. 2025 yılında pilot uygulamaya alınan Adaptif İSG Yönetim Sistemi'nin etkinliği, 2024 (müdahale öncesi) ve 2025'in ilk dokuz ayı (müdahale dönemi) arasındaki kaza oranları Ki-kare testi ve Korelasyon Analizi ile karşılaştırılarak ölçülmüştür. Adaptif yönetim modelinin uygulandığı dönemde iş kazalarının şiddetinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma olacağı yönündedir.

Bulgular

2024 yılında 951 iş kazası sonucunda 4.331 iş günü kaybı yaşanmış, 2 ölüm gerçekleşmiştir. 2025'in aynı döneminde kazaların sayısı 1049'a yükselmiş olsa da, iş günü kaybı 1745'e düşmüştür (%52 azalma) ve ölümlü kaza yaşanmamıştır. Kazalar en çok düşme, cisim çarpması ve el-kesici alet yaralanmaları şeklinde gerçekleşmiş; el-parmak, ayak ve baş bölgeleri en sık etkilenen alanlar olmuştur. Kök neden analizi, kazaların çoğunun tek bir faktörden değil, insan, yöntem ve yönetim kaynaklı çoklu etkenlerin birleşiminden oluştuğunu göstermiştir. En sık nedenler; güvensiz davranış, yetersiz eğitim, eksik prosedürler ve zayıf denetim mekanizmalarıdır.

Sonuç ve Öneriler

Adaptif İSG Yönetim Sistemi uygulaması, iş kazalarının şiddetinde ve kayıp iş günü sayısında belirgin iyileşme sağlamıştır. Bulgular, reaktif yaklaşımlardan proaktif güvenlik yönetimine geçişin, güvenlik kültürünü güçlendirdiğini ve kısa vadede önemli kazanımlar sağladığını göstermektedir. Çalışma, benzer ölçekli belediyeler için örnek teşkil edebilecek veri odaklı, öğrenen ve esnek bir İSG modelinin uygulanabilirliğini ortaya koymuştur.

Anahtar Kelimeler: Yerel yönetimlerde iş sağlığı ve güvenliği, proaktif güvenlik kültürü, adaptif İSG yönetimi, iş kazası önleme

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S043]
BİR KAYAK MERKEZİNDE ÇALIŞANLARIN RUH SAĞLIĞI ETKİLENİMLERİNİN İŞ GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ İLE İLİŞKİSİ

Alp Er Tunga Ünal[1], Gülsüm Nurhan İnce[2], Sevgi Canbaz[2]
[1]Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İş Sağlığı ve Güvenliği Tezli Yüksek Lisans Programı Öğrencisi
[2]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

İş sağlığı ve güvenliği, çalışanların iş yerinde fiziksel ve psikolojik sağlıklarının korunmasını amaçlayan temel bir alandır. Güvenlik kültürü ise, iş yerinde güvenli davranışların benimsenmesi ve sürekli geliştirilmesiyle hem iş kazalarını azaltmayı hem de çalışanların ruhsal iyilik halini desteklemeyi hedefler.Bu çalışma, kayak merkezinde çalışanların ruh sağlığı durumları ile iş güvenliği kültürü algıları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Psikososyal risklerin yüksek olduğu turizm sektöründe, güvenlik kültürünün çalışanların ruhsal iyilik hâli üzerindeki etkisini ortaya koymak hedeflenmiştir.

Gereç-Yöntem

Kesitsel tipteki araştırma, Kayseri Erciyes A.Ş. kayak merkezinde Nisan–Ekim 2024 tarihleri arasında yürütülmüştür. Evreni 90 çalışan oluşturmuş, 71 (%78,9) kişi çalışmaya katılmıştır. Veriler sosyodemografik özellikleri içeren anket formu, NOSACQ-50 (İskandinav Güvenlik Kültürü Anketi) ve DASS-21 (Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği) ile toplanmıştır. Dağılım Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleriyle değerlendirilmiş; gruplar arası farklar Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleriyle analiz edilmiştir. Bonferroni düzeltmesi uygulanmış, değişkenler arası ilişkiler Spearman korelasyonu ile incelenmiştir.

Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması 34,2±8,6 yıl olup %67,6'sı erkek, %64,8'i evlidir. Çalışanların %45,1'i en az bir kez iş kazası geçirdiğini, %83,1'i ise İSG eğitimi aldığını belirtmiştir. Eğitim düzeyi yüksek olanlarda "yönetimin güvenlik adaleti" algısı daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Evli çalışanlar "güvenlik taahhüdü" boyutunda anlamlı biçimde daha yüksek puan almıştır ($p<0.05$). İşinden memnun olmayan çalışanlarda "çalışanların güvenliğe katılımı" ve "iletişim" alt boyutlarında ortalamalar düşüktür. DASS-21 sonuçlarına göre, çalışanların %38'inde stres, %29'unda anksiyete, %25'inde depresyon belirtileri gözlenmiştir. Stres ve depresyon düzeyleri, iş kazası geçirme sayısı ile pozitif ilişkilidir ($r=0.41$; $p<0.01$). İSG eğitimi süresi arttıkça stres puanları anlamlı biçimde azalmaktadır ($r=-0.36$; $p<0.05$). Yönetimin güvenliğe öncelik vermediği yönündeki algı, anksiyete ve depresyon puanlarını yükseltmektedir. Güvenlik sistemlerine duyulan güven arttıkça stres ve depresyon düzeyleri azalmaktadır. Genel olarak, güvenlik kültürü alt boyutları ile ruh sağlığı göstergeleri arasında orta düzeyde ters yönlü ilişki saptanmıştır.

Sonuç ve Öneriler

Kayak merkezinde çalışanların ruh sağlığı, iş güvenliği kültürünün yapısal ve yönetsel bileşenlerinden doğrudan etkilenmektedir. Yönetimin güvenliğe verdiği önem, çalışanların psikolojik dayanıklılığı ve iş doyumunu artırmakta; iletişim eksiklikleri ise stres ve kaygı düzeylerini yükseltmektedir. Bulgular, güvenlik kültürünün yalnızca fiziksel değil, ruhsal iyilik hâli açısından da kritik bir belirleyici olduğunu göstermektedir. Mevsimsel turizm işletmelerinde İSG politikalarının, ruhsal sağlık boyutunu içerecek biçimde yeniden yapılandırılması önerilmektedir. Güçlü bir güvenlik kültürünün, çalışan bağlılığı ve iş verimliliğini artırarak kazaların önlenmesine dolaylı katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Güvenlik kültürü, iş sağlığı ve güvenliği, ruh sağlığı

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S044]
BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE GÜRÜLTÜ VE PARTİKÜL MADDE ÖLÇÜMLERİ: 2023-2025 YILLARI DEĞERLENDİRMESİ

***Esra Hacılar*[1], *Rabia Çandır*[1], *Lütfi Saltuk Demir*[1], *Hasan Küçükkendirci*[1], *Mustafa Kürşat Ayrancı*[3], *Hakan Kaban*[2], *Halil Çelik*[4]**

[1]*Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk sağlığı Anabilim Dalı*

[2]*Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Başmüdürlüğü*

[3]*Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı*

[4]*Konya Teknik Üniversitesi, İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi*

Giriş-Amaç

İşitme sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olan, bireylerin fizyolojik ve psikolojik dengesini bozan gürültü, düzensiz aralıktaki seslerden oluşan önemli bir sağlık problemidir. Hastanelerde alarmlar, çağrı sistemleri, telefonlar, yazıcılar, televizyonlar, ısıtma ve soğutma sistemleri, vantilatörler ve diğer tıbbi ekipmanlar gibi birçok gürültü kaynağı vardır. Uzun süre gürültüye maruz kalmak fiziksel ve psikoloji sağlık ile birlikte iş performansı ve iş güvenliği üzerinde de olumsuz etkilere sahiptir. Havanın normal bileşiminde bulunmayan kirleticilerin, canlılara ve materyallere zarar verecek konsantrasyonda ve sürede bulunmasına hava kirliliği denir. Hava kirliliği insanların zamanlarının çoğunu geçirdiği ve hatta çalıştığı ortam olan kapalı alanlarda da önemlidir. Partiküler maddeler, hava kirliliğine neden olan maddeler arasındadır. Partiküler maddeler bireylerin hem sağlık durumunu hem de iş hayatını etkilemektedir. Çalışma ortamındaki partikül madde yoğunluğu özellikle solunum yolu hastalıklarına sebep olabilmektedir. Çalışmanın amacı hastanede yapılan gürültü ve partikül madde ölçümlerinin sonuçlarının yıllara göre karşılaştırılmasıdır.

Gereç-Yöntem

Kesitsel türde tasarlanan araştırma için yerel etik kuruldan izin alındı. Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde iş sağlığı ve güvenliği uygulamaları kapsamında belirlenen yoğun bakım üniteleri, acil servis, atölye ve laboratuvarlarda partikül madde ve gürültü ölçümü anabilim dalımızın da katkılarıyla yapılarak kaydedilmektedir. Çalışmada hem 2023 hem de 2025 yılında iş sağlığı ve güvenliği birimi için bölümümüz tarafından WINTACT WT1357 markalı gürültü cihazı ve Cem DT-9880 markalı partikül madde ölçüm cihazı ile yapılmış olan hastane alanlarına ait ölçüm verileri kullanıldı. Araştırmaya hem 2023 hem de 2025 yıllarında gürültü ölçümleri yapılmış olan 25 farklı yer, partikül madde ölçümleri yapılmış olan 7 farklı yer dahil edildi. Ölçüm sonucu bir yıl için bile eksik olan yerler çalışmaya dahil edilmedi. Gürültü ölçümü yapılan yerler eski ve yeni hastane olarak iki gruba ve ayrıca yoğun bakım/ameliyathane, laboratuvar/tıbbi birim, acil servis ve atölyeler olarak dört gruba ayrıldı. Bağımsız değişkenler hastane alanları bağımlı değişkenler ölçüm sonuçlarıydı. Verilerin istatistiksel analizi için SPSS 22.0 paket programı kullanıldı. Verilerin özetlenmesinde; ortanca (1.-3.çeyreklik) değerleri ile sayı ve yüzdelikler kullanıldı. Analizlerde Mann-Whitney-U ve Wilcoxon testleri kullanılarak karşılaştırmalar yapıldı, $p<0,05$ olan durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Ölçüm yapılan yerlerin %56'sı yoğun bakım/ ameliyathane, %20'si laboratuvar/ tıbbi birim alanlarından yapılmıştı. Yapılan ölçümler sonucunda 2023 yılı ses şiddeti ortancası 65,7 (59,3-81,6) 2025 yılı ses şiddeti ortancası 66,2 (60,7-74,3) olarak saptandı. 2023 ve 2025 yılında ölçülen ses şiddeti düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi. 2025 yıllarında yapılan ölçümlerde 2,5 µm, 5,0 µm, 10,0 µm boyutundaki partikül madde miktarı 2023 yılında yapılan partikül madde miktarlarından anlamlı düzeyde yüksek saptandı (sırasıyla $p=0,043$; $p=0,018$; $p=0,018$). Buna göre 2025 yılında ölçülen partikül madde miktarı 2023 yılında ölçülenden partikül madde miktarından anlamlı düzeyde yüksekti.

Sonuç ve Öneriler

2023 ve 2025 yılı ölçümlerinde hastanede gürültü düzeylerinde anlamlı değişiklik gözlenmemiştir. Ancak, 2,5 µm, 5,0 µm ve 10,0 µm boyutlarındaki partikül madde konsantrasyonlarında anlamlı artışlar tespit edilmiştir. Gürültü tehlikesinin yönetilmesi ve partikül madde kontrolü için iş süreçlerinin yeniden örgütlenmesini içeren yerel çözümler geliştirilmelidir. Partikül seviyelerinin azaltılması için temizlik ve sterilizasyon protokolleri iyileştirilmeli, havalandırma sistemlerinin bakımı düzenli olarak yapılmalıdır. Ayrıca, inşaat ve bakım faaliyetleri sırasında partikül yayılımını önleyici tedbirler uygulanmalı ve çalışma alanlarının yeniden düzenlenmesiyle çevresel riskler en aza indirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Gürültü, hastane, partikül madde

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S045]
ÜNİVERSİTE HASTANESİ ÇALIŞANLARINDA SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER VE ÇALIŞABİLİRLİK

***İpek Gündoğdu*, Yücel Demiral**
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Çalışabilirlik; çalışanın sağlık durumu, işlevsel kapasitesi, bilgi ve becerileri ile yaptığı işin talepleri arasındaki dengeyi ifade etmektedir. Bu denge; fiziksel ve zihinsel kapasite, mesleki yetkinlik, motivasyon ve değerler ile iş ortamı ve toplumsal koşulların etkileşimi sonucu şekillenmektedir. İş sağlığı alanında çalışabilirlik, hem bireysel hem de örgütsel düzeyde önemli bir değerlendirme aracıdır. Bu araştırmanın amacı, bir üniversite hastanesi çalışanlarında sosyodemografik özelliklerin çalışabilirlik düzeyi üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem

Kesitsel tipteki araştırma, bir üniversite hastanesinde 4/B (Sözleşmeli Personel) veya 4/D (İşçi) statüsündeki çalışanlarla yürütülmüştür. 1506 kişiden oluşan evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmış, ankete katılmaya gönüllü olup aktif olarak çalışan 401 kişi araştırmaya dahil edilmiştir. Veri, sosyodemografik değişkenler ve Çalışabilirlik İndeksi (Work Ability Index, WAI) ölçeğini içeren anket formu aracılığıyla Eylül-Aralık 2024 tarihleri arasında yüz yüze toplanmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ilmarinen ve arkadaşlarının geliştirdiği orijinal versiyonu temel alınarak Karabel (2019) tarafından yapılmıştır.

Analizde WAI'nin tek soruluk Work Ability Score (WAS) bileşeni kullanılmıştır. "Hayatınız boyunca en iyi çalışabilir olduğunuz durumun 10 puan olduğunu varsayalım. Şu andaki çalışabilirlik durumunuza kaç puan verirsiniz?" sorusuna yanıt veren 395 kişi analize dahil edilmiştir. 0-7 puan düşük, 8-10 puan iyi çalışabilirlik olarak kabul edilmiştir. Çalışmanın bağımlı değişkeni çalışabilirlik düzeyi (iyi/düşük), bağımsız değişkenleri ise yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, beden kitle endeksi, eğitim durumu, sigara kullanımı, spor yapma durumu, gelir algısı, sağlık algısıdır.

Veriler, kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sürekli değişkenler için ortalama ± standart sapma biçiminde sunulmuştur. İstatistiksel analizlerde Ki-kare testi, t-testi ve lojistik regresyon (Backward Stepwise LR) kullanılmış; modele, tek değişkenli analizlerde $p<0.10$ düzeyinde anlamlı bulunan değişkenler dahil edilmiştir. Analizler SPSS 30.0 paket programıyla yapılmıştır.

Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması 40.1±7.7 yıl olup %52.2'si (n=206) kadın, %75.2'si (n=297) evli ve %74.7'si (n=295) çocuk sahibidir. Katılımcıların %53.7'si (n=212) iyi çalışabilirlik düzeyindedir. İyi çalışabilirlik erkeklerde (%60.8, n=115), çocuğu olmayanlarda (%64.6, n=42), önlisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip olanlarda (%59.7, n=92), sigara kullanmayanlarda (%59.7, n=114), spor yapanlarda (%61.6, n=122) ve geliri giderine denk olanlarda (%67.0, n=118) daha sık görülmüştür (tüm karşılaştırmalar için $p<0.05$). Sağlığını iyi/çok iyi olarak değerlendirenlerde iyi çalışabilirlik sıklığı %74.5 (n=155) iken kötü/çok kötü olarak değerlendirenlerde %17.2'dir (n=5) ($\chi^2=80.39$, $p<0.001$).

Lojistik regresyon analizinde model anlamlı bulunmuştur (Omnibus $\chi^2=94.53$, $p<0.001$, Nagelkerke $R^2=0.31$). Sağlığını iyi/çok iyi olarak değerlendirenlerin iyi çalışabilir olma olasılığı kötü/çok kötü grubuna göre 9.5 kat (OR=9.48, %95 GA: 3.33–27.02, $p<0.001$); gelirini giderine denk veya fazla olarak değerlendirenlerin ise geliri az olanlara göre sırasıyla 2.5 (OR=2.51, %95 GA: 1.51-4.16, $p<0.001$) ve 2.6 kat (OR=2.63, %95 GA: 1.01-6.83, $p=0.048$) daha yüksektir.

Sonuç ve Öneriler

Araştırma, çalışabilirliğin sağlık durumu ve sosyoekonomik koşullarla ilişkili olduğunu göstermektedir. Lojistik regresyon modeline anlamlı bulunan değişkenler dahil edilerek olası karıştırıcı etkiler kısmen kontrol edilmiş, ancak kesitsel tasarım nedeniyle nedensellik ilişkisi kurulmamıştır. Tek merkezli tasarım, öz-bildirim veriler, hatırlama/bildirim yanlılığı ve sağlıklı işçi etkisi çalışmanın olası yanlılık kaynaklarıdır. İleri araştırmalarda, çok merkezli tasarımlar ve uzunlamasına izlem verileriyle çalışabilirliğin zaman içindeki değişiminin değerlendirilmesi, bu olguyu etkileyen nedensel ilişkilerin daha güçlü biçimde ortaya konulmasına katkı sağlayabilir.

Kurumsal düzeyde işyeri sağlık geliştirme programlarının planlanması, periyodik muayenelerin geliştirilmesi, sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi ve riskli grupların belirlenerek erken müdahale edilmesi; bireysel düzeyde ise farkındalığın artırılması, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının teşviki ve fiziksel aktivitenin artırılması çalışabilirliğe katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Çalışabilirlik, Work Ability Index, Work Ability Score, sağlık çalışanı

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S046]
ENGELLİ VE ENGELSİZ ÇALIŞANLARIN ÖRGÜTSEL BAĞLILIK VE İŞ PERFORMANSLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

***Nergis Kayacan*[1], *Ezgi Sarıkız*[2], *Atalay Aktuna*[1]**
[1]*Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[2]*Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Lisansüstü Enstitüsü, İş Sağlığı ve Güvenliği*

Giriş-Amaç

Örgütsel bağlılık, çalışanın kurumla kurduğu aidiyet, özdeşleşme ve süreklilik niyetini yansıtır; yüksek bağlılık gönüllü çaba ve örgütsel vatandaşlık davranışlarını artırırken devamsızlık ve işten ayrılmayı azaltır (1,2). İş performansı yalnızca görev gereklerini yerine getirme değil, iş ortamına gönüllü katkıları (bağlamsal performans) da kapsayan davranışsal bir yapıdır (6). Türkiye'de engelli istihdamı için 4857 sayılı Kanun'un 30. maddesi özel sektöre en az %3, kamuya %4 engelli + %2 eski hükümlü kotası getirir (7); 6331 sayılı Kanun ise risk değerlendirmesi, eğitim ve kırılgan gruplara yönelik koruyucu önlemlerle güvenli çalışma ortamını düzenler (8). Küresel ölçekte ~1,3 milyar kişi (nüfusun %16'sı) engellilikle yaşamaktadır; kronik hastalıklar ve yaşlanma bu yükü artırmaktadır (9,10). Literatür, kapsayıcı uygulamalar sağlandığında engelli ve engelsiz çalışanların performans ve bağlılığının çoğu bağlamda yakınsadığını göstermektedir (11–14). Bu tablo, sanayide kapsayıcı iş tasarımını, makul uyarlamaları ve koçluğu ön plana çıkarırken, kota politikalarının güncel engellilik dinamiklerine duyarlı biçimde tartışılmasını gerekli kılar (12,15).Uluslararası politika manzarası, Türkiye'deki kota yaklaşımının yalnız olmadığını gösterir: Fransa'da 20'ni üzerinde çalışanı olan işyerlerinde %6 engelli çalıştırma yükümlüğü mevcuttur (16). Almanya'da 20'nin üzerinde çalışanı olan işyerleri için %5 "ağır engelli" istihdam zorunluluğu ve telafi katkısı vardır (17). İtalya'da ise 50'nin üzerinde çalışanı olan iş yerlerinde engelli çalıştırma kotası %7 düzeyinde uygulanır (18). Bu çalışma, bir otomotiv işletmesinde engelli ve engelsiz çalışanların örgütsel bağlılık ve iş performansını karşılaştırmayı; 6 aylık izlemde iş kazası, raporlu gün ve işte kalma durumlarını incelemeyi hedeflemiştir.

Gereç-Yöntem

Kontrollü, prospektif ve gözlemsel bir tasarım kullanıldı. İşletmedeki tüm engelli çalışanlar davet edildi; katılan 61 engelli çalışana, aynı departmanlardan 1:2 oranında rastgele seçilen 122 engelsiz çalışan eşleştirildi (toplam n=183). Başlangıçta demografik veri formu, 11 maddelik İş Performansı Ölçeği (görev ve bağlamsal alt boyutlar) ve 6 maddelik Örgütsel Bağlılık Ölçeği uygulandı. Katılımcılar altı ay boyunca iş kazası, raporlu gün ve iş/bölüm değişikliği bakımından izlendi; grup karşılaştırmalarında Mann–Whitney U ve Ki-kare/Fisher testleri kullanıldı (iki yönlü $p<0,05$).

Bulgular

Araştırmaya 183 çalışan dahil edilmiştir. Katılımcıların %33,3'ü engelli (n=61), %66,7'si engelli değildir (n=122). Altı aylık izlem sonunda katılımcıların %85,2'si hâlen çalışıyor olduğu görülmüştür (n=156). Cinsiyet dağılımda kadınlar %58,5 (n=107), erkekler %41,5 (n=76) şeklindedir. Öz değerlendirmeye bağlı genel iş performansı engelli çalışanlarda daha düşük görünmektedir ve bu fark anlamlı bulunmuştur (p=0,001). Benzer biçimde, İş performans ölçeğinin alt grupları olan görev performansı (p=0,001). Ve Bağlamsal (örgütsel vatandaşlık) performans (p=0,001) için de fark anlamlıdır ve engelli çalışanlar öz değerlendirmelerinde kendilerine daha düşük puan vermişlerdir. Bu üç sonuç birlikte değerlendirildiğinde, performans farklılığının yalnızca işin teknik yönüne değil, iş ortamına katkıyı içeren bağlamsal boyuta da yansıdığı anlaşılmaktadır. Buna karşın, her ki grubun örgütsel bağlılık toplam puanları benzer bulunmuştur (p=0,246) ve gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Engelli ve engelsiz çalışanlar arasında raporlu gün sayısı açısından da anlamlı bir ayrım gözlenmemiştir (p=0,100). Bu durum 6 aylık izlem sürecinde sağlık mazaretine bağlı raporlu geçirilen gün sayısı bakımından iki grubun birbirine yakın seyrettiğini göstermektedir.

Dikkat çekici bir bulgu da 6 aylık izlem sürecinde iş kazası sayısıdır. İki grup karşılaştırmasında engelli grupta daha az iş kazası raporlanmıştır ve aradaki fark anlamlıdır (p=0,005). Mevcut işyerinde çalışılan yıl bakımından iki grup arasında fark yoktur (p=0,551). Öte yandan, bu çalışmanın engelli katılımcılarının iş hayatındaki toplam yıl ortalamaları engelsiz gruba göre belirgin biçimde daha yüksektir (p=0,001). Bu da performans farkının "deneyim eksikliği" ile açıklanamayacağını, muhtemelen iş tasarımı, görev–kişi uyumu ya da destek mekanizmaları gibi bağlamsal etmenlerin rol oynadığını düşündürmektedir. Kategorik değişkenler incelendiğinde, 6 aylık izlemin sonunda aynı işyerinde çalışmaya devam durumu ile engellilik arasında belirgin bir ilişki görülmüştür (p=0,002). Engelli çalışanların %96,7'si (59/61) çalışmaya devam ederken, bu oran engelsiz grupta %79,5 (97/122) idi. Bu tablo, engelli çalışanların işte kalma ve kuruma bağlılık davranışı açısından güçlü bir devamlılık sergilediğine işaret etmektedir. Cinsiyet dağılımı da gruplar arasında farklılık göstermektedir (p<0,001) Engelli grupta erkek oranı daha yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi yönünden iki grup karşılaştırmalarında fark anlamlı bulunmuştur. (p=0,001). Engelli grupta ilköğretim mezunlarının oranı daha yüksekken, engelsiz grupta üniversite mezunlarının oranı daha yüksek görülmüştür. Bu durum, performans puanlarındaki ayrışmanın kısmen eğitim dağılımıyla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Sağlık öyküsüne bakıldığında, ameliyat geçirme değişkeni engelli grupta daha sıktır (p=0,002) ve kronik hastalık varlığı da belirgin biçimde daha yaygın bulunmuştur (p<0,001). Buna karşılık, medeni durum (p=0,209) ve iş değişikliği isteği (p=0,702) bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Genel olarak bu bulgular, engelli çalışanların işte kalma eğilimlerinin yüksek olduğunu ancak eğitim profili ve sağlık yükü gibi etmenlerin gruplar arasında farklılaştığını ve performans sonuçlarının yorumlanmasında potansiyel karıştırıcı olarak dikkate alınması gerektiğini göstermektedir.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma, incelenen otomotiv işletmesinde örgütsel bağlılık açısından engelli–engelsiz çalışanlar arasında fark olmadığını, buna karşın iş performansının her iki alt boyutunda (görev ve bağlamsal) engelsiz çalışanlar lehine ayrıştığını göstermiştir. İş kazalarının engelli grupta daha az ve kıdemin daha yüksek bulunması, güvenlik davranışları ve görev-kişi uyumu ekseninde koruyucu etkileri düşündürmektedir. Bu tablo, performans farkının "bireysel kapasite" ye indirgenmemesi; bunun yerine iş tasarımı, makul uyarlamalar, koçluk ve kapsayıcı süreçlerin güçlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Politika düzeyinde, Türkiye'deki %3 (özel sektör) kotası (7) küresel engellilik yükündeki artış (9,10) ve Fransa (%6), Almanya (%5 ağır engelli) ile İtalya (%7) gibi ülkelerdeki kotalar bağlamında yeniden tartışılabilir ve kotanın kademeli artırımı değerlendirilebilir (16–18). Ancak bunun işkolu riski, uyarlama kapasitesi ve İSG altyapısıyla birlikte tasarlanması gerekir. Kurumsal düzeyde öncelikler: görev yeniden tasarımı ve akran koçluğu, erişilebilirlik ve yardımcı teknoloji yatırımları, yönetsel eğitim ve 6331 kapsamındaki risk-eğitim süreçlerine engellilik merceğinin entegrasyonudur. Bulgular, çok değişkenli modeller ve birden fazla merkezde yapılacak doğrulama çalışmalarıyla desteklendikçe, sanayi işletmelerinde performans ile bağlılığın birbirine yaklaşması hedefi daha somut ve ulaşılabilir hale gelecektir.

Anahtar Kelimeler: Engelli, örgütsel bağlılık, iş performansı, iş kazası

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S047]
MANİSA'DA BİR KÜÇÜK SANAYİ SİTESİNDE 18 YAŞ VE ALTI ÇALIŞANLARDA İŞ KAZASI SIKLIĞI VE ÇALIŞANLARIN İŞ SAĞLIĞI GÜVENLİĞİ FARKINDALIĞI

***Sedat Yiğit*[1], *Ahmet Furkan Taşcı*[2], *Tolga Muhammed Önce*[2], *Kumsal Vural*[2], *Bensu Canbey*[2], *Muhammed Özkaya*[2], *Fatma Pelin Yayla*[2], *Fatma Yolcu*[2], *Mustafa Karakuzu*[2], *Utku Başeğmez*[2], *Özge Durmuş*[2], *Beyhan Cengiz Özyurt*[1]**

[1]*Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

[2]*Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem VI. Öğrencisi*

Giriş-Amaç

Çocuk ve genç çalışanlar iş sağlığı ve güvenliği (İSG) açısından özel bir risk grubudur. Ülkemizde "Çocuk ve Genç İşçilerin Çalıştırılma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik"le çocuk ve genç işçilerin sağlık ve güvenliklerini, fiziksel, zihinsel, ahlaki ve sosyal gelişmelerini sağlamak, öğrenimlerini devam ettirebilmeleri ve ekonomik istismarlarını önlemek için çalışma koşulları ayrıca düzenlenmiştir. Dünya çapında milyonlarca ergen tehlikeli işlerde çalışmakta; iş kazaları ve yaralanma oranları, yetişkinlere kıyasla daha yüksek görülmektedir. Ergenlerin fiziksel, bilişsel ve duygusal gelişimi tamamlanmamış olabildiğinden risk algıları, dikkat süreleri ve deneyimleri yetişkinlerden farklıdır; bu da işyerinde maruziyetleri tehlikeli hale getirip iş kazalarının artmasına neden olmaktadır. Bu çalışmada Manisa'da küçük sanayi bölgesinde 18 yaş ve altı çalışanların çalışma hayatları boyunca ve çalıştığı iş yerinde son bir yılda iş kazası geçirme sıklığı, iş kazasına neden olan risk etmenleri ve çalışanların iş sağlığı güvenliği, iş kazası farkındalığını belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Araştırma Eylül 2025'de Manisa ili Kenan Evren Sanayi Sitesinde yürütülmüş kesitsel tipte bir çalışmadır. Çalışma evrenini, sanayi sitesinde yer alan 2068 işyerinde çalışan 18 yaş ve altı bireyler oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü, Epi Info 7 programı kullanılarak %95 güven düzeyi, %18 beklenen prevalans, %5 hata payı ve 1,45 desen etkisi ile 287 kişi olarak hesaplanmıştır. Araştırmamızda küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Sanayi sitesinin yer aldığı toplam 22 sokak birer küme olarak kabul edilmiş, her kümede 14 çalışana ulaşılması hedeflenmiştir. Küme başları rasgele olarak seçilmiştir. Araştırma ekibi her sokakta küme başı olarak belirlenen işyerinden başlayarak işyerlerinde sadece 18 yaş ve altı olan bir çalışanla görüşüp iki yanındaki iş yerine geçilmiş ve görüşülen kişi sayısı küme büyüklüğüne ulaşılınca küme sonlandırmıştır. Araştırmamıza 52 kişi katılmayı kabul etmemiş ve 290 katılımcı ile anket çalışması tamamlanmıştır. Katılım oranı %82,1'dir. Veriler, araştırmacı intörn hekimler tarafından literatür derlenerek oluşturulmuş anket formu aracılığıyla iş yerlerinde yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Çalışmanın bağımlı değişkeni çalışma hayatı boyunca iş kazası geçirme ve son bir yılda iş kazası geçirme durumudur. Veriler tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri), ki-kare testi, bağımsız gruplarda t testi ve lojistik regresyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 16,4±1,3 (12-18) ve %9,3'u 15 yaş altı bireylerden oluşmaktadır. Katılımcıların %98,3'ü erkek, %26,9'u ilköğretim ve altı eğitim düzeyindedir. Katılımcıların %79,3'ü çırak, %20 ,7'si kalfa olarak çalışmaktaydı. Çalışanların toplam çalışma süresi ortalama 25±17,3 ay, mevcut iş yerindeki çalışma süresi ortalama 19±14 aydı. Çalışma alanı olarak %39,7 ile oto tamir ve boya alanı ilk sıradayken, bunu %29,7 ile PVC ve metal işleri, %12,1 ile marangozluk izlemekteydi. Çalışanların %33.8'i sigortası olmadığını, %42,4'ü iş sağlığı ve güvenliğiyle ilgili bir eğitim almadığını belirtti. Çalışmamızda 18 yaş ve altı bireylerin çalışma hayatı boyunca iş kazası geçirme sıklığı %22 ve son bir yıl içerisinde iş kazası geçirme sıklığı %16.2 olarak saptanmıştır. Kaza geçirdiğini belirtenlerin %58,7'si bu kazaların SGK'ya bildirilmediği belirtmişlerdr. Kaza çeşitlerine bakıldığında en sık kesikler (%50.0), parça düşmesi ve sıkışma/ezilme (% 19,6) olarak saptanmıştır. En sık iş kazası nedenleri dikkatsizlik (%56,5), kişisel koruyucu ekipman kullanmama (%23,9)

ve makine hatası (%19,6) olarak belirtilmiştir. İş kazası geçirenlerin %41,3'ü küçük yaralanmalar yaşarken, %45,7'si ayaktan tedavi almıştır. Tek değişkenli analizlerde çalışma hayatı boyunca iş kazası geçirme sıklığı eğitim seviyesi ilköğretim ve altında olan, geniş ailede yaşayan, bölgeye göçle gelen, sağlık durumunu kötü olarak belirten ve yakın çevresindeki kişilerle ilişkisinden hoşnut olmayan çalışanlarda daha yüksek olarak saptanmıştır ($p<0,05$). Son bir yılda iş kazası geçirme sıklığı da kırsal/ gecekonduda yaşayan, bölgeye göçle gelen, hanede yaşayan kişi sayısı fazla olan, hane reis işine göre alt sosyal sınıfta yer alan, kilolu/obez olan ve yakın çevresindeki kişilerle ilişkisinden hoşnut olmayan çalışanlarda daha yüksek saptanmıştır. Çalışanla ve iş yeriyle ilgili iş kazası farkındalığı düşük olan çalışanlarda çalışma hayatı boyunca iş kazası ve son bir yılda iş kazası sıklığı daha yüksek olarak bulunmuştur ($p<0,05$).

Sonuç ve Öneriler

Çalışmamızda 18 yaş ve altı her dört çalışandan birinin hayatı boyunca iş kazası geçirdiği saptanmıştır. İleri analiz sonuçlarına göre hayatı boyunca iş kazası geçirme durumunun yaşın artmasıyla 1.49 kat, çalışanlarla ilgili iş kazası farkındalığı düşük olanlarda yüksek olanlara göre 2.14 kat ve eğitim durumu ilköğretim ve altı olanlarda lise mezunlarına göre 2.88 kat daha riskli bulunmuştur. Katılımcıların neredeyse yarıya yakınının Kişisel Korucu Donanımı (KKD) yeterince kullanmadığı ve iş sağlığı ve güvenliği eğitimi almadığı tespit edilmiştir. Çalışmamız bulguları küçük ölçekli sanayi işletmelerinde (KOBİ) iş sağlığı ve güvenliğinin ihmal edildiğini düşündürmektedir. Bu nedenle işyeri iş sağlığı ve güvenliği denetimlerin artırılması ve tüm çalışanların İSG hizmetlerine ulaşması konusunda çalışmalar yapılmalıdır. Ayrıca 15 yaş altı çalışanlar işyeri sahiplerinin yakını olduğunu belirtmekte ve iş sözleşmelerinin yapılması için yasal sınır olarak belirttikleri 15 yaşını beklemektedir. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın (ÇSGB), gelişim çağındaki çocukların çalıştırılmasını yasaklayan mevzuat kapsamında, denetimleri etkin bir şekilde yürütmesi ve konuya ilişkin toplumu bilinçlendirici çalışmalar yapması büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: İş sağlığı ve güvenliği, iş kazası, 18 yaş ve altı çalışanlar, çıraklar

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S048]
MANİSA YUNUSEMRE KENAN EVREN SANAYİ SİTESİNDE 15-64 YAŞ ARASI ÇALIŞANLARDA İŞ KAZASI SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Vildan Küçüksümbül[1], Salih Küçükgöl[2], Arif Kandemir[2], İsmail Şahin[2], Mehmet Hakan Türk[2], Yiğit Eren[2], Riyadh Saeed[2], Atabay Alıyev[2], Eren Şentürk[2], Beyhan Cengiz Özyurt[1]

[1]*Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

[2]*Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi*

Giriş-Amaç

İş kazası kavramı güvenli olmayan davranışlar ve çalışma koşullarından kaynaklanan; çalışanların fiziksel bütünlüğünü tehdit eden, çoğu zaman yaralanmalara, ekipman ve makinelerde maddi hasara neden olan ya da üretimin geçici olarak durmasına yol açan, planlanmamış ve ani gelişen olaylar olarak ifade edilebilir. İş kazaları ve meslek hastalıkları, işverenler açısından nitelikli personel kaybı, işe devamsızlık ve artan sigorta primleri gibi maliyetlere yol açarken; çalışanlar açısından ise can kaybı, fiziksel ve ruhsal sağlık kaybı ile gelir kaybı ve işini kaybetme riski oluşturur. Bu tür kayıpların en aza indirilebilmesi için iş yerlerinde iş sağlığı ve güvenliği kültürünün oluşturulması gerekir. Bu çalışmada Manisa'da bir küçük sanayi bölgesinde 15-64 yaş arası çalışanların çalışma hayatı boyunca ve son bir yılda çalıştığı iş yerinde iş kazası geçirme sıklığı, iş kazasına neden olan risk etmenleri ve çalışanların iş sağlığı güvenliği, iş kazası farkındalığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Araştırma 15 Temmuz-15 Ağustos 2025'de Manisa ili Kenan Evren Sanayi Sitesinde yürütülmüş kesitsel tipte bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini sanayi sitesindeki toplam 1265 işyerinde çalışan15-64 yaş işçiler oluşturmaktadır. Örnek büyüklüğü Epi-Info Statcalc Programı yardımıyla %50 beklenen yaygınlık, %95 güven sınırında, %5 hata ile 295 kişi olarak hesaplanmış 300 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmada katılım oranı %89 (n=263) olarak gerçekleşmiştir. Araştırmada küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Sanayi sitesinin yer aldığı sokaklar birer küme olarak kabul edilmiş, her kümede 10 çalışana ulaşılması hedeflenmiştir. Küme başları rasgele olarak seçilmiştir. Araştırma ekibi her sokakta küme başı olarak belirlenen işyerinden başlayarak işyerlerinde sadece bir çalışanla görüşüp iki yanındaki iş yerine geçilmiş ve görüşülen kişi sayısı küme büyüklüğüne ulaşılınca küme sonlandırmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formu aracılığı 15-64 yaş arası kişilerden çalıştıkları işyerlerinde sözel onamları alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri 15-64 yaş sanayi çalışanlarında hayatı boyunca iş kazası geçirme durumu ve şu an çalıştığı iş yerindeki son bir yıldaki iş kazası geçirme durumudur. Bağımsız değişkenler; 15-64 yaş arası erkeklere ait sosyodemografik özellikler, yaşam biçimi özelikleri, işiyle ve iş kazası geçmişi ile ilgili özellikleri, iş sağlığı ve güvenliği farkındalığı ve iş yeri ortamı riski ile ilişkili değişkenlerden oluşturmaktadır. İstatistiksel analizler SPSS 23.0 programı kullanılarak, tanımlayıcı istatistikler, sürekli verilerde bağımsız gruplarda t testi ve ANOVA, Dikotom ve kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki kare testi ve çok değişkenli analizde lojistik regresyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular

Araştırma grubunun yaş ortalaması 34,9±11,7'dir. Araştırmaya katılanların %65,7'si evli, %63'ü lise ve üzeri eğitime sahip ve %53,3'ü gelirinin giderine eşit olduğunu belirtmiştir. Katılımcılar iş yerindeki mesleki unvanını %64,3 usta, %17 kalfa ve %14,3 çırak olarak belirtmiştir. İş yeri çalışma kolu %33 otomotiv tamir ve bakım, %13,3 mobilya ve marangozluk, %12,3 metal işleri ve kaynak atölyeleri olarak saptanmıştır. Haftalık ortalama çalışma süresi 51,2±8,7 saat, haftalık ortalama çalışma günü 5,6±0,6 gündür. Katılımcıların %58'i mesleki süreç sırasında (usta-çırak eğitimi), %18,3'ü meslek lisesi eğitimi sırasında yaptığı iş ile ilgili eğitim aldığını, %55,3'ü işe başlarken iş sağlığı ve güvenliği eğitimi aldığını belirtmiştir. Katılımcıların %46,3'ü çalıştığı birimi kaza riski

yüksek olarak, %28,3'ü orta olarak, %17,3'ü düşük olarak değerlendirmiştir. Çalışanların % 46'sı çalışma hayatı boyunca en az bir iş kazası geçirdiğini, %21,3'ü iş yerinde son 1 yıl içinde iş kazası geçirdiğini belirtmiştir. Son 1 yılda geçirilen iş kazası cinsi %28,1 demir çivi batması, %28,1 kesikler, %21,8 parça düşmesi, %18,7 sıkışma ezilme, %15,6 göze yabancı cisim kaçması olarak saptanmıştır. Çalışanlar son 1 yılda geçirilen iş kazasının sebeplerini %36,8 dikkatsiz çalışma, %23,6 kişisel koruyucu ekipman kullanmama, %13,1 uzun çalışma saatleri ve yoğun iş temposu, %11,4 makine/ekipmanı yanlış, hatalı veya güvensiz kullanmak, %6,1 kusurlu alet vb. olarak belirtmişlerdir. Son 1 yılda geçirilen iş kazasının %53,1'inin SGK bildirimi yapıldığı saptanmıştır. Tek değişkenli analizlerde; çalışma yaşamı boyunca iş kazası geçirme durumu 40 yaş ve üzerinde olanlarda, çocuğu olanlarda, sigara içenlerde, geliri giderine eşit olanlarda, unvanı usta olanlarda, iş ile ilgili eğitimi usta-çırak ilişkisi ile alanlarda, çalışma yerinin iş kazası riskini orta olarak değerlendirenler, işyerinde kimyasal madde ve kesici delici alet sık kullananlarda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Yaş, aynı yerde çalışma süresi, haftalık çalışma süresi ve çalışılan gün sayısı arttıkça hayat boyu iş kazası geçirme durumunun daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışmanın tek sanayii sitesinde gerçekleşmesi, kesitsel tasarım nedeniyle nedensellik kurulamaması, öz bildirime dayalı veri toplanması, hatırlama biası çalışmanın sınırlılığıdır.

Sonuç ve Öneriler

Çok değişkenli analizlerde; hayat boyu iş kazası geçirme riski yaşın artması ile 1,035 kat (1,002-1,069), haftalık çalışma saatinin artması ile 1,05 kat (1,02-1,09) artmaktadır. Hayat boyu iş kazası geçirme riski geliri giderinden fazla olanlarda geliri giderinden az olanlara göre 4,9 kat (1,2-19,6); iş ile ilgili iş sağlığı ve güvenliği eğitim almayanlarda alanlara göre 3,7 kat (1,2-11,0); işyeri ile ilgili iş kazası risk değerlendirmesi yüksek olanlarda düşük olanlara göre 3,5 kat (1,6-7,9) daha fazla bulunmuştur. Çalışmamızda işçilerin yaklaşık %50'si İş Sağlığı ve Güvenliği eğitimi almamış olup tüm işçilere eğitim verilmesine dikkat edilmelidir. Çalışmamızda iş kazası riskini orta-yüksek olduğu belirtilen iş yerlerinde iş kazası geçirme riski daha yüksek bulunmuştur. Bu iş yerlerine denetim sıklığı ve düzenliliği arttırılmalıdır. Çalışmamızdaki işçilerin yaklaşık olarak %60'ı usta-çırak ilişkisi ile mesleki eğitim almış olup iş öncesi eğitim almamıştır. Devlet, mesleki eğitim alanında işçi adaylarını teşvik etmeli, altyapı, donanım ve eğitim kalitesi yönünden eksiklikleri saptayıp gidermelidir. Bunun yanında iş öncesi eğitim alamayan işçiler için, işe alınma sonrasında da ihtiyaca uygun etkin mesleki eğitim olanakları geliştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: İş kazası, küçük sanayi sitesi, sanayi sitesi çalışanı

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S049]
ELECTRONIC CIGARETTE USE, ADDICTION LEVEL, SENSORY EXPECTATIONS AND PREDICTIVE FACTORS AMONG MEDICAL FACULTY STUDENTS

***Neşe Yakşi*[1], Perihan Koçak Kavruk[2], Nehir Yüksel[3]**
[1]*Aksaray University, Faculty of Medicine, Department of Public Health*
[2]*Aksaray Provincial Health Directorate, Public Health Services Presidency*
[3]*Kırklareli University, Faculty of Medicine, Department of Public Health*

Introduction and Aim

Electronic cigarette (E-cigarette) use is becoming increasingly popular among youth and young adults, particularly in high-income countries. Current evidence estimates that global e-cigarette use (use in any lifetime) is 17%, and current use (last 30 days) is 8%. E-cigarettes contain nicotine, flavorings, hazardous chemical compounds, and heavy metals such as lead, nickel, and chromium. Their nicotine content is accused of addiction. Life-threatening acute lung injury and other health risks are currently better understood. While e-cigarette marketing is prohibited in Turkey, e-cigarette use occurs in Turkey as a result of sales via the internet or other illegal channels. The prevalence of e-cigarette use among university students varies. A study conducted with medical students in Egypt found a prevalence of cigarette use of 14% and e-cigarette use of 7.3%. Studies on e-cigarette use among medical students in Turkey are limited, and no studies have been met in the literature to determine E-cigarette addiction level. A study conducted among medical students in Eskişehir found that 47.8% of students currently use tobacco products (cigarettes and hookah) or e-cigarettes, with a current e-cigarette use prevalence of 2.1%. E-cigarette use among medical students is of particular concern because the use of these devices may influence the attitudes, beliefs, and professional behaviors of future physicians. The primary objective of the current study was to assess the prevalence and predictors of e-cigarette use among medical students. We also aimed to determine the level of addiction and outcome expectations among students who use e-cigarettes.

Materials-Methods

The current study is a cross-sectional study with descriptive and analytical components. The minimum sample size for the study was calculated as 246, and 421 students were reached. Data were collected digitally via Google Forms by administering the sociodemographic form, the Penn State Electronic Cigarette Dependence Index (PSECDI), and the Sensory Electronic Cigarette Expectations Scale (SEES) to students. Information about the study was provided at the beginning of the form, and students' consent was obtained. The online form was distributed to medical students via social media platforms. The study was approved by the Aksaray University Health Sciences Scientific Research Ethics Board (Decision No: 2025/202). Sociodemographic data form: It includes questions regarding the students' sociodemographic characteristics, health behaviors, and characteristics. Penn State Electronic Cigarette Dependence Index (PSECDI): A scale developed by Foulds et al. in 2015 was used as a measure of e-cigarette addiction. The PSECDI items are summed to obtain a total score ranging from 0 to 20. PSECDI scores can be used to classify e-cigarette addiction levels as follows: not addicted (0-3); low addiction (4-8); moderate addiction (9-12); and high addiction (13 or above). The Turkish validation study for the scale was conducted by Aslan et al. and was deemed valid in the Turkish (Cronbach's alpha coefficient=0.805). Sensory Electronic Cigarette Expectations Scale (SEES): This scale assesses sensory aspects that may influence the use of e-cigarettes. It consists of nine items on three subscales: taste/smell, pleasure/satisfaction, and vapor clouds. The total score for each subscale ranges from 0 to 12. The SEES demonstrated good internal consistency across its three subscales (taste/smell ρ = 0.88, pleasure ρ = 0.90, vapor clouds ρ = 0.85). The Turkish validation study of the scale was conducted by Aslan et al. in 2024 and was deemed valid in the Turkish (Cronbach's alpha coefficient=0.934). In the analysis and presentation of study data, numbers (percentages) were used for categorical variables

and median (minimum-maximum) were used for continuous variables. The Pearson Chi-square test was used for comparison of categorical variables, and the Kruskal Wallis test was used for comparison of continuous variables. Statistical significance was set at $p<0.05$.

Results

421 medical school students participated in the current study. 64.8% of the participants were female. The median age was 20 (17-31). Students from 20 different medical schools participated and the 3 universities with the highest participation were Aksaray University (144, 34%), Kırklareli University (120, 28%) and Amasya University (53, 13%). The grade distribution of the students was as follows: 1st year (29%), 2nd year (23%), 3rd year (25%) and 4th-5th-6th years (23%). In this study, the prevalances of active cigarette use, hookah use and alcohol use in the last month were found to be 14.7%, 6.9% and 24.2%, respectively. There was no substance use in the study group. 64.4% of the students had never tried an e-cigarette before; 27.6% had tried but not actively used it; 6.4% had previously used e-cigarettes actively and quit and 1.7% were actively using e-cigarettes. It was shown that 5 of the 7 students who used e-cigarettes had previously attempted to quit e-cigarettes. When the sensory expectations of e-cigarette use were evaluated, the taste-smell subscale score was 10 (3-12), the vapor clouds subscale score was 10 (1-12), and the pleasure-satisfaction subscale score was 9 (0-12). The median e-cigarette dependence index score was found to be 10 (1-16). As groups, it was determined that 2 of the 7 students were not addicted, 1 had low-level dependence, 3 had moderate-level dependence, and 1 had high-level dependence for E-cigarette. Lifetime E-cigarette use prevalance (used then quitted and active using) was found to be statistically higher in males ($p=0.007$), in those whose mothers had a high school education level or above ($p=0.019$), in those diagnosed with a psychiatric disease ($p<0.001$), in active smokers ($p<0.001$), in those with a family history of smoking ($p=0.005$), in those with friends who used cigarettes ($p<0.001$), in those with a family history of E-cigarette use ($p=0.001$), in those with friends who used E-cigarettes ($p<0.001$), and in those who used hookah ($p<0.001$) and alcohol ($p<0.001$) in the last month. Variables such as age, father's education level, residence status, family structure, perceived income, school success, presence of chronic disease, perceived sociability, and whether or not the smokers have attempted to quit smoking (n=62) did not have a statistically significant effect on E-cigarette use ($p>0.05$).

Conclusion

E-cigarette experience and active use are highly prevalent among prospective physicians who will become healthcare leaders. Furthermore, approximately half of active users exhibit moderate/high levels of addiction. Sensory expectations such as taste and smell, vapor cloud formation, and pleasure have been observed to be high among e-cigarette users. In combating these factors that make e-cigarettes attractive, raising awareness among this group about the harmful effects of e-cigarettes is crucial for both their own health and the health of the population they serve. Furthermore, considering the significant effects of family members and friends use, incorporating peer and family education into intervention programs can increase effectiveness.

Keywords: E-cigarette, dependence, medical students, prevalance

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S050]
BAĞIMLILIKLA MÜCADELE TAZELEME EĞİTİMİ PROGRAMININ DEĞERLENDİRİLMESİ

***Merve Tokatlı Doğan*, Mehmet Burhan Küçükoğlu, Pelin Şavlı Emiroğlu, Sümeyye Nur Aydın**
İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü

Giriş-Amaç

Bağımlılıkla mücadelede ilk temas noktalarından biri olan Bağımlılık Danışma Birimlerinde bireylere danışmanlık hizmeti sunulmakta, uygun tedavi merkezlerine yönlendirme yapılmakta ve tedavi süreçleri izlenmektedir. Türkiye Cumhuriyeti'nin 2024–2028 Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı doğrultusunda, bu hizmetlerin niteliğini artırmak amacıyla birimlerde görev yapan psikolog ve sosyal hizmet uzmanlarının mesleki bilgi ve becerilerinin her yıl düzenlenen tazeleme eğitimleriyle güncellenmesi hedeflenmektedir. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü tarafından, Yeşilay iş birliğiyle geliştirilen temel ve ileri düzey bağımlılık eğitim programı, yapılan ihtiyaç analizleri doğrultusunda geliştirilmiş ve uygulanmıştır. Bu çalışmada, İstanbul'daki Bağımlılık Danışma Birimlerinde görev yapan psikolog ve sosyal hizmet uzmanlarına yönelik düzenlenen tazeleme eğitimi programının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Gereç-Yöntem

Bu araştırma bir müdahale çalışmasıdır. Evreni, İstanbul'daki İlçe Sağlık Müdürlüklerine bağlı Bağımlılık Danışma Birimlerinde görev yapan psikolog ve sosyal hizmet uzmanları oluşturmaktadır. İstatistiksel güç analizi sonucunda, 0,5 etki büyüklüğü, alfa=0,05, %95 güç ve %95 güven aralığında çalışmaya katılması gereken minimum örneklem büyüklüğü 57 kişi bulunmuş; çalışmaya 84 katılımcı dâhil edilmiştir. Katılımcılara, geliştirilen 16 saatlik eğitim programı öncesinde ve sonrasında aynı test formu uygulanarak bilgi düzeylerindeki değişim ölçülmüştür. Veriler yüz yüze anket formları aracılığıyla toplanmış; çalışmaya yalnızca eğitimin tamamına katılan ve hâlen birimde görev yapan, çalışmaya katılmayı kabul eden kişiler dâhil edilmiştir. Bağımsız değişkenler olarak cinsiyet, mesleki deneyim ve uzmanlık alanı; bağımlı değişken olarak ise eğitim programına yönelik ön test ve son test puanları değerlendirilmiştir. Veriler SPSS 23.0 programı ile analiz edilmiştir. Kategorik veriler frekans ve yüzde, sürekli değişkenler ise ortalama ± standart sapma olarak sunulmuştur. Normal dağılım Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Q-Q plot ve histogram grafikleriyle değerlendirilmiştir. Bağımlı gruplarda Wilcoxon testi, bağımsız gruplarda Mann-Whitney testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir. Araştırma, Helsinki Deklarasyonu ilkelerine uygun olarak yürütülmüş; İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alınmış, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'nun 07.05.2025 tarihli ve 2025-09-10 numaralı kararıyla onaylanmıştır.

Bulgular

Bu araştırmaya katılan bireylerin %64,3'ü kadın, %35,7'si erkektir. Katılımcıların %56,0'ı psikolog, %44,0'ı sosyal hizmet uzmanı/sosyal çalışmacıdır. Katılımcıların mesleki deneyimi ortalama±standart sapma 7,24±5,99 yıldır. Katılımcıların ön test puan ortalaması 16,46±2,35, ortancası 17,00(7,00-20,00)'dır. Son test puan ortalaması 17,67±1,70, ortancası 18,00(11,00-20,00)'dır. Analiz sonucunda, eğitim programı sonrasında katılımcıların bilgi düzeyinde anlamlı bir artış olduğu tespit edilmiştir. ($p < 0,001$) Elde edilen bulgular, eğitim programının katılımcıların bilgi düzeyini anlamlı biçimde artırdığını ve cinsiyet, mesleki deneyim ya da eğitim alanı gibi değişkenlerden bağımsız olarak tüm gruplara eşit düzeyde katkı sağladığını göstermektedir. Cinsiyet, mesleki deneyim ve eğitim alanı demografik değişkenlerine göre bilgi düzeyindeki artış anlamlı farklılık göstermemektedir.

Sonuç ve Öneriler

Bu sonuçlar, tazeleme eğitimlerinin bağımlılıkla mücadele alanında çalışan tüm ruh sağlığı profesyonelleri için önemli ve etkili bir araç olduğunu ortaya koymaktadır. Türkiye'de bu alanda yapılmış ilk müdahale temelli

değerlendirme çalışması olması açısından da literatüre özgün katkı sunmaktadır. Bu doğrultuda, bağımlılıkla mücadelede görev yapan uzmanlara yönelik hizmet içi eğitimlerin düzenli aralıklarla sürdürülmesi ve içeriklerinin sahadaki ihtiyaçlara göre güncellenmesi önem arz etmektedir. Özellikle motivasyonel görüşme gibi uygulama odaklı konularda daha kapsamlı ve derinlemesine eğitim programlarının geliştirilmesi önerilmektedir. Ayrıca benzer çalışmaların farklı illerde de uygulanması ve uzun vadeli etkileri değerlendiren araştırmalarının yapılması, hizmet kalitesinin sürdürülebilirliği açısından fayda sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Bağımlılık, danışma merkezi, tedaviye yönlendirme

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S051]
BAĞIMLILIK DANIŞMA BİRİMİNE BAŞVURAN BİREYLERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE TEDAVİYE YÖNLENDİRİLME DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Abdullah Emre Güner, Pelin Şavlı Emiroğlu, Merve Tokatlı Doğan, Mehmet Burhan Küçükoğlu, Sıla Canbal
İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü

Giriş-Amaç

Bağımlılık Danışma Birimleri (BDB), bireylerin tedaviye yönlendirilmesinde ilk temas noktası olma işlevi görmektedir. Bu birimler, doğrudan başvuru, kaymakamlık yönlendirmesi ya da yakın aracılığıyla gelen bireylerin arındırma merkezlerine sevkini ve tedavi takibini kolaylaştırmaktadır. Ancak, başvuran bireylerin ne kadarının tedaviye yönlendirildiği, bu yönlendirmelerin ne ölçüde tedaviye dönüşebildiği gibi süreçlerin sistematik olarak izlenmesi büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmada Bağımlılık Danışma Birimi'ne başvuran bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve tedaviye yönlendirilme durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Gereç-Yöntem

Bu çalışma kesitsel tipte bir araştırma olup, araştırma evrenini Ocak-Temmuz 2025 tarihleri arasında bağımlılık danışma birimlerine başvuran hastalar oluşturmaktadır. Altı aylık süreçte başvuran kişilerin verileri geriye dönük olarak değerlendirilmiş ve örneklemi, belirtilen tarihler arasında birime başvuran ve çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 1028 birey oluşturmuştur. Veriler, danışma birimi kayıtları ve bireylerin başvuru formlarından geriye dönük olarak toplanmıştır. Eksik veriler değerlendirme dışı bırakılmıştır. Araştırmada bağımsız değişkenler olarak sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma durumu, hane gelir durumu, medeni durum, çocuk varlığı, hane halkı sayısı), bağımlılık türü, birime başvuru şekli, son bir yıl içinde birime başvuru durumu, geçmişte arındırma tedavisi alma durumu, başvuruda tedaviye yönlendirilme durumu, yönlendirilen kurum, kontrol araması yapılma durumu ve bağımlı değişkenler olarak tedavi kurumuna başvurma durumu ve tedaviye başlama durumu değerlendirilmiştir. Araştırmaya yalnızca bağımlılık danışma birimine başvuran ve katılmayı gönüllü kabul eden bireyler dahil edilmiş, katılmayı reddedenler çalışmaya alınmamıştır. Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 23.0 programları kullanılmıştır. Kategorik veriler frekans ve yüzde olarak sunulmuş, gruplar arası farkların değerlendirilmesinde kategorik değişkenler için Pearson Ki-kare testi veya Fisher's Exact testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir. Araştırma, Helsinki Deklarasyonu ilkelerine uygun olarak yürütülmüş; İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alınmış, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'nun kararıyla onaylanmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu erkek (%89,4) ve 26–35 yaş aralığındadır (%47,0). Katılımcıların çoğunluğu bekar (%73,5), eğitim düzeyi genellikle düşüktür (ilkokul %30,4, ilköğretim %37,4) ve büyük bir kısmı çalışmamaktadır (%82,8) veya düzenli gelire sahip değildir (%83,3). Bağımlılık türü açısından madde bağımlılığı başvuruların %89,3'ünü oluştururken, alkol %8,4 ve davranışsal bağımlılıklar %2,3'tür. Başvurular çoğunlukla yakınları (%94,6) veya kaymakamlık aracılığıyla (%69,3) gerçekleşmiştir. Katılımcıların %74,7'si birime ilk kez başvururken, %33,1'i geçmişte arındırma tedavisi almıştır. Başvuranların %83,2'si tedaviye yönlendirilmiş olup, en sık AMATEM/ÇEMATEM (%48,2) ve acil sevkler (%25,1) tercih edilmiştir. Katılımcıların %66,8'i tedaviye başvurmuştur. Bağımlılık türü, başvuru şekli ve geçmişte arındırma tedavisi alma durumu ile tedaviye başvuru arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (sırasıyla $p=0,033$; $p<0,001$; $p<0,001$). Madde bağımlılığında tedaviye başvuru(%69,1), davranışsal bağımlılıklara kıyasla (%35,7) anlamlı derecede yüksektir. Kaymakamlık veya doğrudan başvuranların tedaviye başvuru sıklığı(%70,0 ve %72,7), diğer kanallardan (CİMER, aile hekimi vb.) yönlendirilenlere göre (%35,3) belirgin şekilde fazladır. Geçmişte arındırma tedavisi almış bireylerin tedaviye yeniden başvurma sıklığı (%79,7), daha önce tedavi almamış

olanlardan (%61,5) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma ve gelir durumu ile tedaviye başvuru arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05).

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma, Bağımlılık Danışma Birimi'nin bireyleri tedaviye yönlendirmede kritik bir rol oynadığını ve yönlendirme kanallarının etkili olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, tedaviye başvurmayan veya yönlendirmeye yanıt vermeyen bireylerin varlığı, birimlerin yönlendirme süreçlerini ve takip mekanizmalarını güçlendirmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu bulgular, tedaviye erişimi artırmaya yönelik stratejilerin geliştirilmesi açısından yol göstericidir.

Anahtar Kelimeler: Bağımlılık, danışmanlık merkezi, tedaviye yönlendirme

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S052]
NİKOTİN BAĞIMLILIĞI VE SOLUNUM SEMPTOMLARI: SİGARA KULLANAN YETİŞKİNLERDE KESİTSEL BİR ÖN ARAŞTIRMA

***Hasan Durmuş*[1], Elçin Balcı[1], Halime Şentürk[1], Tuğba Coşkun[1], Yasin Kavla[2], Yavuzalp Solak[3]**
[1]*Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[2]*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı*
[3]*Ankara Çubuk İlçe Sağlık Müdürlüğü*

Giriş-Amaç

Tütün kullanımı, dünya genelinde önlenebilir ölüm ve hastalıkların başlıca nedenlerinden olup önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya olmaya devam etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre, her yıl tütün kullanımı nedeniyle 8 milyondan fazla insan hayatını kaybetmektedir. Sigara içmek, vücuttaki hemen hemen her organı olumsuz etkileyerek birçok hastalığın gelişimine neden olur. Özellikle solunum sistemi üzerinde ciddi zararlar verir; kronik obstrüktif akciğer hastalığı, akciğer kanseri ve kronik bronşit gibi hastalıkların başlıca nedenidir. Bu çalışmada sigara içen katılımcılarda nikotin bağımlılığı düzeyi ile solunum semptomları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

Gereç-Yöntem

Bu çalışma, vaka-kontrol tasarımında planlanmış olup, bu bildiride yalnızca vaka grubuna (sigara içen bireyler) ait ön bulgular sunulmuştur. Araştırmanın evrenini Kayseri'nin merkez ilçelerine bağlı aile sağlığı merkezlerine herhangi bir nedenle başvuran 30-65 yaş aralığında, okuryazar yetişkinler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemi evren içinden seçilen, 1 Ağustos 2025-1 Ekim 2025 tarihleri arasında aile sağlığı merkezlerine başvuran, anket doldurmayı ve çalışmaya katılımı kabul eden, anket sorularını doldurmaya engel bir durumu olmayan ve en az 1 yıldır sigara kullanan kişiler oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü G*Power 3.1.9.7 programıyla hesaplanmış olup düşük etki büyüklüğünde (0.2) iki grup ortalamasının karşılaştırılması şeklinde iki yönlü $\alpha=0.05$, $\beta=0.80$ alınarak her gruptan 412 olacak şekilde toplam 824 kişi olarak hesaplanmıştır. Anket formu 3 bölümden oluşmakta olup 1. bölümünde katılımcıların sosyodemografik özellikleri, sigara kullanım durum ve süresine yönelik sorular, 2. bölümde Founier ve arkadaşlarının geliştirdiği UPPS-P Dürtüsel Davranış Ölçeği'nin kısa versiyonu, 3. bölümünde Shiffman ve ark. geliştirdiği Solunum Semptom Deneyim Ölçeği (SSDÖ), 4. bölümünde ise Heatherton ve ark. geliştirdiği Fagerström Nikotin Bağımlık Ölçeği (FNB) yer almaktadır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiş, veriler ve ölçekler arasındaki ilişki için Spearman Korelasyon testi, ikili grupların karşılaştırmasında Ki-kare testi uygulanmıştır. İstatistiksel analiz IBM SPSS 25 paket programı kullanılarak yapılmış, $p<0.05$ anlamlı kabul edilmiştir. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Araştırma Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır.

Bulgular

Çalışmaya yaşları 30 ile 65 arasında değişmekte olan 446 aktif sigara içen kişi dahil edilmiş olup ortanca yaşları 41.0'dır. Katılımcıların 237'si (%53.1) kadın, %63.7'si (n=284) üniversite ve üstü eğitim düzeyindedir. Katılımcıların günlük sigara kullanım miktarları 1 ile 60 adet arasında değişmekte olup ortanca adetleri 15 adet/gün, sigara kullanım süreleri ise 1 ile 53 yıl arasında olup ortanca 15 yıl olarak tespit edilmiş, %59.0'ı (n=263) sigara ve tütün ürünlerini bırakma girişiminde bulunduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %25.3'ünün (n=113) herhangi bir kronik hastalığı bulunmaktadır. Kişilerin SSDÖ puanları 4 ile 20 arasında değişmekte olup ortanca puanları 7 olarak tespit edilmiş olup %59.2'si (n=264) solunum semptomları açısından risk taşımaktadır. FNB ortanca puanları 3.0 olup 0 ile 10 arasında değişmekte, %38.3'ü (n=171) önemli bağımlılık kategorisinde yer almaktadır. Katılımcıların SSDÖ puanları ile FNB puanları arasında pozitif yönlü zayıf bir korelasyon ($r=0.446$, $p<0.001$), Sigarayı günlük kullanım miktarı ile pozitif yönlü zayıf bir korelasyon ($r=0.343$, $p<0.001$) ve sigarayı kullanma süreleri ile pozitif yönlü çok

zayıf bir korelasyon tespit edilmiştir (r=0.172, p<0.001). FNB puanları ile sigarayı günlük kullanım miktarı ile pozitif yönlü yüksek bir korelasyon (r=0.724, p<0.001) ve sigarayı kullanma süreleri ile pozitif yönlü zayıf bir korelasyon tespit edilmiştir (r=0.323, p<0.001). FNB puanlarına göre önemli bağımlılık grubunda yer alan kişilerde SSDÖ puanlarına göre riskli grupta yer alanların oranı (%75.4) düşük orta bağımlılık grubunda yer alanlardaki riskli gruptaki kişilerin oranından (%49.1) anlamlı şekilde daha yüksek tespit edilmiştir (X2 = 30.302, p<0.001).

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma, sigara içen bireylerde nikotin bağımlılığı düzeyi ile solunum semptomları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Nikotin bağımlılığı düzeyi arttıkça solunum semptomlarının da anlamlı biçimde arttığını göstermektedir. Katılımcıların önemli bir kısmının solunum semptomları açısından risk taşıdığı ve bağımlılık düzeyi yüksek bireylerde bu riskin belirgin şekilde fazla olduğu saptanmıştır. Ayrıca, sigara kullanım süresi ve günlük sigara miktarı arttıkça hem nikotin bağımlılığı düzeyinin hem de solunum semptomlarının yükseldiği belirlenmiştir. Bu sonuçlar, sigara kullanımının solunum sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini ve nikotin bağımlılığının erken dönemde belirlenerek müdahale edilmesinin önemini vurgulamaktadır. Tütün kullanımını azaltmaya yönelik programların yaygınlaştırılması, hem bireysel hem de halk sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Nikotin bağımlılığı, sigara kullanımı, solunum semptomları

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S053]
DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ ÜYESİ ÜLKELERİN MPOWER STRATEJİLERİ, TÜTÜN KULLANMA DURUMLARI VE TÜTÜN ENDÜSTRİSİ SIZMA İNDEKSİ DEĞERLERİ AÇISINDAN İNCELENMESİ

Kevser Erdoğan[1], Mahmut Talha Uçar[2], Şeyma Yüsra Soğanda[3], Nur Sima Sekban[4], Esra Çiçek[5], Ilgın Tımarcı Becerik[6], Sevinç Sütlü[7], Evrim Arslan[8], Özen Aşut[9], Raika Durusoy[10], Ayşe Ferdane Oğuzöncül[11], Nureddin Özdener[12], Dilek Aslan[13]

[1]Antalya Eğitim ve Araştırma Hast., Antalya Halk Sağlığı Laboratuvarı, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fak. Tıp Eğitimi Anabilim Dalı
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[3]Sağlık Bakanlığı, Çankırı İl Sağlık Müdürlüğü
[4]Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[5]Sağlık Bakanlığı Konya İl Sağlık Müdürlüğü
[6]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[7]Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Gerontoloji Anabilim Dalı
[8]Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[9]Yakın Doğu Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[10]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[11]Arel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[12]Sağlık Bakanlığı Adana İl Sağlık Müdürlüğü
[13]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç

Tütün kullanımı küresel düzeyde en önemli halk sağlığı sorunları arasında ön sıralardadır. Bu araştırmada Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) üyesi olan 194 ülkenin DSÖ verileri kullanılarak yetişkin, gençlik tütün kullanım sıklıklarına ilişkin veriler, MPOWER (Monitoring-Protect-Offer-Warn-Enforce-Raise Tax) stratejilerini karşılama durumları ve Küresel Tütün Endüstrisi Sızma İndeksi değerlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipteki bu araştırma 1 Temmuz ve 26 Ekim 2025 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmaya DSÖ üyesi 194 ülkeden amaçlarla uyumlu verileri bulunan ülkeler dahil edilmiştir. MPOWER verileri 194 ülke için mevcut olup veriler MPOWER 2025 belgesinden temin edilmiştir. DSÖ üyesi 2008 ile 2024 yılları arasında 35 ülkede Küresel Yetişkin Tütün Araştırması (GATS) ve 2000 ile 2023 yılları arasında 158 ülkede de Küresel Gençlik Tütün Araştırması (GYTS) verileri bulunmaktadır. İlgili veriler DSÖ'nün açık erişimli raporlarından ve veri tabanlarından elde edilmiştir. Verisi olmayan ülkeler araştırma dışında bırakılmıştır. Küresel Tütün Endüstrisi Sızma İndeksi verileri için 2023 yılında yayınlanmış olan rapor kullanılmıştır. Raporda 89 ülkeden verisi bulunmaktadır. İndeks puanı 0 (en iyi) ile 100 (en kötü) arasındadır. Ülkelerin MPOWER stratejilerini karşılama durumları, yetişkinler arasında tütün kullanım sıklığı, gençler arasında tütün kullanım sıklığı, Küresel Tütün Endüstrisi Sızma İndeksi değerleri araştırmanın temel değişkenleri arasındadır. Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından Google Drive veri tabanına işlenmiştir. Araştırmada tanımlayıcı istatistiksel değerlendirmeler frekans dağılımları olarak sunulmuştur. Araştırmanın verileri açık erişimli veri tabanları kullanılarak elde edilmiştir. Bu nedenle herhangi bir kurumsal izin ve etik kurul onamı alınmamıştır. Araştırmanın başlıca sınırlılıkları arasında; sekonder verilerin kullanılmış olması, ülkelerin verilerinin olmaması, eksik olması ve/veya güncel olmaması yer almaktadır.

Bulgular

Araştırma kapsamında 194 ülke verisi Küresel Tütün Sürveyans Sistemi üzerinden incelenmiştir ve 168 (%86,6) ülkenin Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi'ni imzaladığı, 183 ülkenin onayladığı (%94,3) ve 69 ülkenin (%35,6) de ek protokolü onayladığı görülmüştür. İncelenen 194 ülke arasında; 67 ülke "M" (İzleme) (%34,5), 78 ülke "P" (Koruma) (%40,2), 31 ülke "O" (Önerme) (%16,0), 110 ülke "W" (Uyarma) (%56,7),

67 ülke "E" (Yasaklama) (%34,5) ve 38 ülke "R" (Artırma) (%19,6) MPOWER stratejilerini karşılamıştır. GATS verisi olan 35 ülkede; herhangi bir tütün ürünü (dumanlı) kullanma yüzdesi 51,2 ile 3,9 arasında değişmektedir. Verisi olan 31 ülkede; tütün kullanım sıklığı %35,3 ile %0,8 arasında değişmektedir. Halen elektronik sigara kullanım sıklığı 17 ülke tarafından bildirilmiştir. Kullanım sıklığı %5,8 ile %0,1 arasında değişmektedir. Isıtılmış tütün ürünü kullanım sıklığı sekiz ülkede %1,3 ile %0,04 arasında değişmektedir. Elektronik sigara ve ısıtılmış tütün ürünü kullanımı erkekler arasında kadınlara göre daha yüksek sıklıktadır. GYTS verisi olan 127 ülkede herhangi bir tütün ürünü (dumanlı) kullanma yüzdesi 29,5 ile 0,1 arasında değişmektedir. Verisi olan 155 ülkede; tütün kullanım sıklığı %47,7 ile %0,3 arasında değişmektedir. Halen elektronik sigara kullanım sıklığı 77 ülke tarafından bildirilmiştir. Kullanım sıklığı %45,7 ile %0,6 arasında değişmektedir. Isıtılmış tütün ürünü kullanım sıklığı 11 ülkede %13,7 ile %1,5 arasında değişmektedir. Elektronik sigara ve ısıtılmış tütün ürünü kullanımı kız çocuklar arasında erkek çocuklara göre daha yüksek sıklıktadır. Küresel Tütün Endüstrisi Sızma İndeksi verilerine göre indeks değeri yüksek olan ülkelerin MPOWER stratejilerine göre endüstri müdahalesini işaret eden reklam yasaklarının zayıf olduğu görülmektedir. Örneğin; Ürdün'ün indeks değeri 82'dir. MPOWER reklam yasakları açısından ülke "orta" kategorisinin en alt değerinde yer almıştır. Benzer veriler farklı ülkeler için de mevcuttur.

Sonuç ve Öneriler

Dünya'da tütün kontrolünün güçlü bir şekilde sürdürülmesi için bütün ülkelerin eş zamanlı olarak tütün endüstrisi müdahalelerini de önleyen kapsamlı ve sürdürülebilir politikalar yürütmeleri gerekmektedir. Bu amaçla mevcut küresel politikalar gözden geçirilmeli ve gerekli güncellemeler yapılmalıdır. Değerlendirme kriterleri arasında eşgüdüm sağlayacak farklı göstergelerin de geliştirilmesi uygun olur.

Anahtar Kelimeler: Gençlik, MPOWER, küresel tütün kullanımı, tütün endüstrisi mücadelesi, yetişkin

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S054]
FABRİKA İŞÇİLERİNİN TÜTÜN KULLANIM ALIŞKANLIKLARI, BIRAKMA MOTİVASYONLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ BİR MÜDAHALE ÇALIŞMASI ÖNCESİ KESİTSEL ARAŞTIRMA

***Mahmut Talha Uçar*[1], *Şeyma Baki*[2], *Abdüllatif Aslan*[3], *Sena Güme*[3], *Nurbanu Aslandağ*[4]**
[1]*Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü*
[2]*Doğuş Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü*
[3]*Medipol Üniversitesi, Eğitim Fakültesi*
[4]*Aslandağ Group*

Giriş-Amaç

Tütün bağımlılığı halen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Özellikle fabrika çalışanları gibi yoğun fiziksel emek gerektiren işlerde çalışan gruplarda sigara kullanım sıklıklarının ve bırakma isteklerinin yüksek olduğu bildirilmektedir. İş yerlerinde uygulanan tütün kontrol programlarının, çalışanların sigarayı bırakma başarısını artırarak sağlıklarını koruduğu ve iş verimliliğini anlamlı biçimde geliştirdiği gösterilmiştir. Bu çalışmanın amacı İstanbul'da bir ahşap üretim fabrikasında görev yapan işçilere uygulanacak grup temelli müdahale çalışması öncesi tütün kullanım alışkanlıklarının, sigara bırakma motivasyonlarının ve ilişkili faktörlerin İncelenmesidir.

Gereç-Yöntem

Bu çalışma müdahale çalışması öncesi yapılan kesitsel bir çalışmadır. TÜBİTAK 2209-A Üniversite Öğrencileri Araştırma Projeleri Destekleme Programı kapsamında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini İstanbul'da faaliyet gösteren bir ahşap üretim fabrikasında çalışan 120 işçi oluşturmuştur, evrenin tamamına ulaşılmış olup örnekleme yapılmamıştır. Dahil etme kriterleri fabrikada işçi olmak ve çalışmaya katılmaya onam vermektir. 9 işçi çalışmada yer almamış 111 işçiye ulaşılmıştır. Veriler işyeri hekimi tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile 06-16 Ekim 2025 tarihleri arasında toplanmıştır. Bağımsız değişkenler yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma yılı, medeni durum, genel sağlık durumu, tütün ürünü kullanım durumu, sigarayı ilk defa kullanma yaşı, günlük kullandığı sigara miktarı, geçmişte sigara bırakma girişimleri, daha önce sigarayı bırakmayı düşünme durumu, mevcut bırakma isteğidir. Bağımlı değişkenler: Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi(FNBDT), Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği, Sigara Bırakma Yorgunluğu Ölçeği ve Sigara İçme Arzusu Ölçeğidir. Analizler SPSS 26.0 programı ile yapılmıştır. Tanımlayıcı veriler frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma ile sunulmuştur. Normal dağılım göstermeyen verilerin analizinde iki grup karşılaştırmalarında Mann–Whitney U, üç ve üzeri grup karşılaştırmalarında Kruskal–Wallis H testi uygulanmıştır. Değişkenler arası ilişkiler Spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiş, anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir. Etik onay İstanbul Medipol Üniversitesi Sosyal Bilimler Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Karar No: 327, 25.08.2025).

Bulgular

Katılımcıların %66,7'si (n=34) evli, %96,1'i (n=49) erkek olup yaş ortalaması 35,0 ± 9,2 yıldır. Katılımcıların %67,9'u üretim işçisi, %17'si ofis çalışanı, %10,7'si teknik personeldir. Çalışanların %30,4'ü 1–5 yıl, %30,4'ü 1 yıldan kısa, %28,6'sı 10 yıl üzeri, %10,7'si ise 5–10 yıldır çalışmaktadır. Katılımcıların %50,9'u (n=57) hiç tütün ürünü kullanmamış, %45,5'i (n=51) her gün düzenli olarak, %2,7'si (n=3) ise ara sıra kullanmaktadır. Sigara kullanan 51 işçinin yaş ortalaması 34,82 ± 9,4, sigaraya başlama yaşı 16,6± 4,5, günlük içilen sigara sayısı 17,7 ± 9,0 daldır. %25,5'i (n=13) bir defa, %31,4'ü (n=16) iki-üç defa, %11,8'i (n=6) ise dört ve üzeri kez geçmişte sigarayı bırakmayı denemiş, %31,4'ü (n=16) hiç denememiştir. 6 aydan uzun bırakma başarısı olanlar 12 kişi, olmayanlar 23 kişidir. Sigara kullananların %54,9'u (n=28) bırakmak istemediğini, %45,1'i (n=23) ise bırakmak istediğini belirtmiştir. Sigarayı bırakmayı isteyenlerin Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği puanları istemeyenlere göre anlamlı derecede yüksektir (U=133,500; $p<0,001$). Sigara Bırakma Yorgunluğu Ölçeği, FNBDT ve Sigara

İçme Arzusu Ölçeği puanları açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Geçmişte sigarayı bırakma girişi sayısına göre FNBD, Sigara İçme Arzusu Ölçeği puanları açısından gruplar arası fark görülmemiştir. Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği (p=0,004) ve Sigara Bırakma Yorgunluğu Ölçeği (p<0,001) puanları açısından ise anlamlı fark saptanmıştır. Geçmişte 6 aydan uzun süre sigarayı bırakabilenlerin FNBDT (p=0,043) ve Sigara İçme Arzusu Ölçeği (p=0,010) puanları anlamlı olarak daha düşüktür. Spearman korelasyon analizine göre, Fagerström puanları ile Sigara İçme Arzusu Ölçeği arasında pozitif ve anlamlı ilişki vardır (r=0,370; p=0,008). Ayrıca Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği ile Sigara Bırakma Yorgunluğu Ölçeği arasında da pozitif ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=0,558; p<0,001). Sigara içmeye başlama yaşı ile FNBDT (r=-0,344; p=0,013) ve Sigara İçme Arzusu Ölçeği (r=-0,332; p=0,017) arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Buna karşılık, Sigara Bırakma Başarısı Öngörü Ölçeği ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=0,309; p = 0,028). Diğer değişkenler arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Sonuç ve Öneriler

Fabrikada çalışan işçilerin tütün kullanım özellikleri ve bırakma motivasyonları çeşitli ölçeklerle değerlendirilmiş gruplar arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Katılımcıların önemli bir kısmı sigarayı bırakmak istemekte olup bu süreç profesyonel destekle güçlendirilmelidir. İş yerlerinde uygulanacak müdahalelerin çalışanların bireysel motivasyonlarını dikkate alacak şekilde yapılandırılmasının önemini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Tütün bağımlılığı, sigara bırakma motivasyonu, fabrika çalışanları

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S055]
TÜRKİYE'DE SİGARA KULLANIMINA BAĞLI TRAKEA, BRONŞ VE AKCİĞER KANSERİ EĞİLİMİ:1990-2023 GBD ANALİZİ

Hümeyra Yılmaz
Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Sigara hem aktif kullanım hem de pasif etkilenim nedeni ile trakea, bronş ve akciğer kanserinde en önemli risk faktörüdür. 2023 yılında sigaraya atfedilen trakea, bronş ve akciğer kanseri nedeniyle yaklaşık 1.2 milyon ölüm ve 27.6 milyon DALY bildirilmiştir. Yapılan bazı çalışmalarda erkek cinsiyette yaşa standardize ölüm oranları ve DALY oranları azalırken kadınlarda hastalık yükünün arttığı gösterilmektedir. Bu çalışma ile 1990–2023 yılları arasında Türkiye'de tütün kullanımına atfedilen trakea, bronş ve akciğer kanseri yükünü (DALY, YLL, YLD ve ölüm oranları) incelemek, bu göstergelerdeki kırılma noktalarını belirlemek ve elde edilen trendlerin ulusal tütün kontrol politikalarıyla ilişkisini değerlendirmek hedeflenmiştir.

Gereç-Yöntem

Ekolojik tipte planlanan bu çalışmada veriler (yaşa standardize DALY, YLL, YLD ve ölüm oranları), Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) tarafından yayımlanan Global Burden of Disease (GBD) 2023 veri tabanından Excel formatında içeri aktarılmış ve Python 3.13 dili kullanılarak analiz edilmiştir. Hastalık yükü göstergelerinin her biri kadın, erkek ve her iki cinsiyette ayrı olarak değerlendirilmiştir. Her grup için doğrusal regresyon (OLS) modeli ile trend analizi yapılmış, modelin anlamlılığı p-değeri ve R^2 katsayısı ile değerlendirilmiştir. Ayrıca kırılma (joinpoint) analizi ile zaman içinde ani değişikliklerin meydana geldiği yıllar belirlenmiştir. Kırılma yılı öncesi ve sonrası için ayrı regresyon modelleri kurularak değişimin yönü ve büyüklüğü değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Erkek cinsiyette DALY, YLL, YLD ve ölüm oranları anlamlı azalma (sırasıyla p: <0.001; <0.001; <0.001; <0.001) ve tüm göstergeler 2005 yılında anlamlı kırılma göstermiştir. Kadın cinsiyette ise tüm göstergeler artış eğiliminde iken yalnızca YLD'de ki artış eğilimi istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0.001). Kadın cinsiyette DALY, YLL ve ölüm oranı için kırılma yılı 2009 iken YLD için 2005 yılı olduğu görülmüştür.

Sonuç ve Öneriler

Genel olarak analiz edilen dört gösterge üzerinden yıllar içerisinde istatistiksel olarak anlamlı artış veya azalış trendleri tespit edilmiştir. Kırılma yılları genellikle sağlık ve tütün politikalarındaki değişimlerle ilişkilendirilebilir. Bu çalışma, tütün kullanımının sağlık üzerindeki yükünü anlamak için önemli veriler sunmaktadır. Elde edilen bulgular, gelecekteki halk sağlığı müdahaleleri için temel teşkil edebilir.

Anahtar Kelimeler: Sigara, akciğer, kanser, eğilim

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S056]
BİR KÜÇÜK SANAYİ SİTESİNDE ÇALIŞANLARDA SİGARA KULLANIM SIKLIĞI VE SİGARA KULLANIMINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

***Beyhan Cengiz Özyurt*, Sedat Yiğit, Vildan Küçüksümbül**
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

İşyerlerinde sigara kullanımı çeşitli yönlerden önem taşır. Sigara içen çalışanların daha sık hastalanması ve daha çok işe devamsızlık yapmaları gibi kişilerin yaşayabileceği sağlık sorunları yanında iş kazaları ve yangına neden olması ve işyerinde sigara içmeyen kişilerin pasif olarak sigara dumanına maruz kalmalarından işyerinde sigara kullanımı önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu çalışmada Manisa'da bir küçük sanayi sitesinde çalışanlarda sigara içme sıklığını saptamak ve sigara kullanımın etkileyen faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Araştırma Temmuz-Eylül 2025'de Manisa ili Kenan Evren Sanayi Sitesinde yürütülmüş kesitsel tipte bir çalışmadır. Çalışma evrenini, sanayi sitesinde yer alan 1265 işyerinde çalışan bireyler oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü, Epi Info 7 programı kullanılarak %95 güven düzeyi, %41,3 prevalans (TÜİK 2022), %5 hata payı ve 2 desen etkisi ile 576 kişi olarak hesaplanmıştır. Sanayi sitesinin yer aldığı toplam 22 sokakta rastgele olarak belirlenen işyerinden başlayarak toplam 562 kişiye ulaşılmıştır. Veriler, araştırmacılar tarafından oluşturulmuş anket formu aracılığıyla iş yerlerinde yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Çalışmanın bağımlı değişkeni sigara içme davranışıdır. Veriler tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma değerleri), ki-kare testi, bağımsız gruplarda t testi ve lojistik regresyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular

Çalışanların yaş ortalaması 26,3±12,6 (12-62) yaş olup, %99,1'i erkek, %30,1'i ilköğretim ve altı eğitime sahipti. Katılımcıların %43,8'i çırak, %34,3'ü usta ve %21,9'u kalfa olarak çalışmaktaydı. Çalışma alanı olarak %31,0 ile oto tamir ve boya alanı ilk sıradayken, bunu %12,8 ile marangozluk izlemekteydi. Çalışanların %46,4'ü halen sigara içtiğini, %40,0'ı sigarayı bıraktığını ve %13,6'sı hiç sigara içmediğini belirtti. Sigaraya başlama yaş ortalaması 16,8 ± 1,8 yıl olarak belirlendi. Ustalarda halen sigara içme sıklığı %60,6, kalfalarda %49,1 ve çıraklarda %34,1 olarak saptandı ($p<0.05$). Çalışanlarda ortalama 12,2±15,2 paket/yıl sigara içme öyküsü vardı. Küçük sanayi sitesi çalışanlarının sigara içme durumu ile medeni durum, eğitim düzeyi, gelir durumu, yerleşim yeri, kronik hastalık varlığı, beslenme durumu, çalışma ortamı özellikleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış iken ($p>0.05$), yaş ve alkol kullanımı artıkça sigara kullanımın arttığı, meslek ünvanı ve iş kollarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$).

Sonuç ve Öneriler

Çalışmamızda, sanayi sitesi çalışanlarında sigara içme sıklığı toplum ve farklı meslek gruplarına göre yüksek bulundu. Çalışmamızın verileri sigara ile mücadelede çalışanlara sigaranın zararları konusunda eğitimler verilmesi ve bırakma konusunda desteklenmelerinin gerekliliğini ortaya koymuştur. İş sağlığı ve güvenliği profesyonelleri tarafından periyodik aralıklarla sigara bırakma eğitim ve danışmanlıkları etkili bir şekilde verilmeli, eğitim ve danışmanlıkların başarısı izlenmeli, bağımlılık düzeylerine göre çalışanlar sigara bırakma polikliniklerine yönlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sigara, küçük sanayi sitesi, bağımlılık

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S057]
KIRIM KONGO KANAMALI ATEŞİ HASTALIĞI FARKINDALIĞI ÖLÇEĞİ (KKKA-HFÖ): ÖLÇEK GELİŞTİRME, GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

***Gülay Yılmazel*[1], Ayşe Çalmaz[2], Emre Keleş[3]**
[1]*Hitit Üniversitesi Meslek Hastalıkları Uygulama ve Araştırma Merkezi*
[2]*Hitit Üniversitesi İskilip MYO*
[3]*Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı*

Giriş-Amaç

Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Hastalığı, sonucu ölümcül olabilen küresel bir halk sağlığı sorunudur ve toplumumuzu yayın bir şekilde tehdit etmektedir. Çoğunlukla çalışma hayatının içinde olan ve riskli meslek gruplarında yer alabilecek yetişkin bireylerde hastalık farkındalığını artırmaya yönelik adımlar, hastalıkla mücadele açısından önemli bir kazanımdır. Bu çalışmanın amacı, Kırım Kongo Ateşi Hastalığına ilişkin yetişkin bireylere özgü farkındalığı değerlendiren bir ölçüm aracı geliştirmektir.

Gereç-Yöntem

Bu çalışma kesitsel ve metodolojik bir tasarıma sahiptir. Araştırmanın evrenini Çorum il merkezinde bulunan iki aile sağlığı merkezine kayıtlı 13000 kişi oluşturdu. Veriler, Mart-Haziran 2025 tarihleri arasında toplandı. Araştırma öncesinde etik kurul onayı (Karar No: 2024-22) alındı. Araştırmada verilerin toplanması için ilgili literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulan Kişisel Bilgi Formu ve Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Hastalığı Farkındalık Ölçeği (KKKA-HFÖ) kullanıldı. Yirmi dokuz madde, 5 puanlı Likert ölçeğinde (tamamen katılmıyorum'dan tamamen katılıyorum'a) derecelendirilen taslak ölçek 293 gönüllü bireye uygulandı. Veri analizi için SPSS for Windows 22 paket programı ve LISREL 8.80 paket programı kullanıldı. Verilerin analizinde sayılar, yüzdelikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra; Kapsam Geçerliliği için Davis Tekniği, Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) için KMO ve Bartlett katsayıları, Temel Bileşenler Analizi yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) için x2/SD değeri, GFI, AGFI, CFI, RMSEA, SRMR uyum indeksleri ve PATH diyagramı, İç tutarlılık için Cronbach α katsayısı, Madde Toplam Korelasyonu, Yarıya Bölme, CR, AVE ve Omega indeksleri kullanıldı.

Bulgular

Araştırma grubunun yaş ortalaması 38.76±12.92 yıl olup %59'u kadındır, %33.8'i lise mezunudur, %66.8'i evlidir ve %85.3'ü il merkezinde yaşamaktadır. Katılımcıların %41.3'ü başkasının hesabına çalışmaktadır, %78.8'inin kronik bir hastalığı yoktur ve %34.5'inin yakınını, %16.0'sının kendisini kene ısırmıştır. Kene tarafından ısırılanların %46.8'inde kene sağlık kuruluşunda çıkarılmıştır, %51.1'i kene ısırmasında ayaktan tedavi olmuştur, %72.7'si KKKA eğitimi almamıştır, eğitim alanların %47.5'i sağlık personelinden almıştır. Katılımcıların %23.2'si KKKA açısından riskli bir meslekte çalışmaktadır. Açıklayıcı faktör analizi sonucunda, 29 maddelik taslak ölçekten 25 maddelik, tek faktörlü nihai bir ölçek elde edilmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda, uyum indeksi değerleri x2/SD= 4.15, RMSEA=0.079 GFI=0.95, AGFI=0.93, CFI =0.97, SRMR=0.075 olarak bulunmuştur. Yirmibeş maddelik nihai ölçeğin toplam iç tutarlılık Cronbach α katsayısı 0.916'dır.

Sonuç ve Öneriler

Bu veriler doğrultusunda, KKKA Hastalığı Farkındalık Ölçeği, yetişkin bireylerden hastalık farkındalık düzeyini değerlendirmek için kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır. Ölçeğin enfeksiyon ve halk sağlığı alanında çalışan uzmanlar tarafından daha geniş ve farklı popülasyonlarda uygulanabilirliğini test eden çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kırım-Kongo, hemorajik ateş virüsü, farkındalık, ölçek geliştirme, halk sağlığı

TAM METİN SÖZLÜ BİLDİRİ

[S058]
AŞI KARŞITLIĞI VE AŞI REDDİ: NEDENLERİ, SONUÇLARI VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Hatice Afacan, Nergiz Sevinç, Didemnur Doğan
Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Özet

Aşı uygulamaları, bulaşıcı hastalıkların kontrolünde ve halk sağlığının korunmasında tarihsel açıdan büyük önem taşımaktadır. Aşılar, bağışıklık sistemini hedef mikroorganizmalara karşı güçlendirerek hastalıkların görülme sıklığını ve şiddetini azaltmakta, küresel sağlık kazanımlarına önemli katkılar sağlamaktadır. Ancak, aşı karşıtlığı ve reddi, aşı hizmetlerinin erişilebilir olmasına rağmen bireylerin aşı yaptırmaktan çekinmesi ya da tamamen reddetmesi olarak tanımlanmakta olup, günümüzde halk sağlığı açısından önemli bir sorun teşkil ettiği görülmektedir. Bu durumun altında yatan psikolojik, sosyo-kültürel sebepler, bilgi eksikliği, dini inanışlar ve yanlış bilgi kaynaklarının etkisi gibi çok boyutlu faktörlere dayanmaktadır. Tarihsel süreç içinde aşı karşıtlığı farklı dönemlerde ortaya çıkmış olup özellikle sosyal medya aracılığıyla hızla yayılım göstermektedir. Türkiye'de ve dünya genelinde aşı reddi ve karşıtlığı oranlarında artış gözlemlenmekte, bu da aşılama oranlarının azalmasına ve önlenebilir hastalıkların yeniden ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır. Aşı reddi ve karşıtlığının önlenmesine yönelik olarak, bilimsel temelli iletişim stratejilerinin geliştirilmesi, kamuoyunun doğru ve şeffaf bilgilerle bilgilendirilmesi, sağlık çalışanlarının rolünün güçlendirilmesi ve hukuki düzenlemelerin uygulanması gerekmektedir. Toplumun aşıya olan güveninin artırılması, multidisipliner yaklaşımlar ile sürdürülebilir halk sağlığı kazanımlarının korunmasında kritik role sahiptir. Bu derleme makale, aşı reddi ve karşıtlığının tarihsel gelişimini, altında yatan nedenleri ve bu olumsuz tutumların önlenmesine yönelik etkili stratejilerin ve önerilerin belirlenmesine katkı sunmayı amaçlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Aşı, Aşı Karşıtlığı, Aşı Reddi, Halk Sağlığı

Giriş

Aşı uygulamaları, bulaşıcı hastalıkların kontrol edilebilir olmasında en önemli gelişmelerden biri olarak değerlendirilmekte ve halk sağlığı açısından bir başarı olarak karşımıza görülmektedir. Aşılama işleminin temel mantığı, bir mikroorganizmanın bağışıklık sistemiyle doğal etkileşimini taklit ederek, vücudu o mikroorganizmaya karşı savunma geliştirecek şekilde hazırlamak ve güçlendirmektir. Böylece, kişi aynı etkenle tekrar karşılaştığında hastalığın derecesi önemli ölçüde azaltılır, ciddi sağlık sorunları ve ölüm riski büyük oranda düşürülür (1). Aşılar, halk sağlığı alanında yapılan büyük gelişmeler sayesinde bulaşıcı hastalıkların etkisini önemli ölçüde azaltmış ve küresel düzeyde en önemli on halk sağlığı kazanımından biri olarak kabul edilmiştir. Çiçek hastalığının tamamen ortadan kaldırılması, çocuk felcinin neredeyse tümüyle yok edilmesi ve son yirmi yılda doğan çocuklar arasında 21 milyondan fazla hastaneye yatış ile 732.000 ölümün engellenmesi gibi örnekler, aşıların halk sağlığına sağladığı faydayı açıkça ortaya koymaktadır (2).

Aşı kararsızlığı, aşı hizmetlerinin erişilebilir olmasına rağmen bireylerin bir ya da daha fazla aşıyı yaptırmakta gecikmesi durumunu ifade eder ve bu durum; aşının türüne, uygulanacağı zaman ve yere ya da mevcut koşullara bağlı olarak farklı sebeplerden kaynaklanabilmektedir (3). Aşı karşıtlığı; yalnızca aşıyı reddetmekten ziyade, bilimsel verileri ve kanıta dayalı tıp uygulamalarını da inkâr eden yıkıcı tutum ve ifadeler olarak tanımlanır. Bu yaklaşımın öne çıkan iki temel özelliği; bilgilerin çarpıtılması ve etik kuralların göz ardı edilmesidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ile UNICEF'in ortak hazırladığı bir raporda, aşı karşıtlığının dünya genelinde yaygınlaştığı ve artış gösterdiği vurgulanırken, aşı reddi ve karşıtlığının ise hâlâ düşük bir oranla (%2'nin altında) seyrettiği ifade edilmektedir (4).

Aşıya karşı kararsızlık ve reddetme eğilimleri, sadece bireylerin değil, diğer taraftan toplumun da genel sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Aşılanmamış çocuklar, aşı ile önlenebilen hastalıklara karşı korunmasız hale

gelmekte; bu durum ise kızamık gibi hızla yayılabilen enfeksiyonların salgınlara yol açmasına sebebiyet vererek önemli bir halk sağlığı tehdidi meydana getirmektedir (5).

Aşı reddine yol açan etkenler oldukça karmaşıktır ve bulundukları coğrafi bölge ile kültürel yapıya bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. 2012 yılında, DSÖ'nün Bağışıklama Konusunda Stratejik Danışma Kurulu (SAGE), aşı kararsızlığının giderek artan etkilerini değerlendirmek amacıyla özel bir çalışma ekibi kurmuştur. SAGE, aşı kararsızlığını, aşı hizmetlerinin ulaşılabilir olmasına rağmen bazı aşıların yaptırılmasında gecikme yaşanması ya da bazı aşıların tamamen reddedilmesi olarak tanımlamaktadır. Buna karşılık, aşı reddi; tüm aşıların kabul edilmemesi ve bu nedenle çocukların hiç aşılanmaması durumu şeklinde açıklanmaktadır (6).

Son yıllarda, aşı karşıtlığı küresel düzeyde önemli bir problem haline gelmiştir. Bu bölümde, güncel literatür doğrultusunda aşı karşıtlığının ve reddinin tarihsel gelişimi, altında yatan nedenleri ve çözüm önerileri ele alınacaktır.

Aşı Reddi ve Aşı Karşıtlığının Tarihçesi

Aşılarla ilgili tartışmaların kökeni, 1796 yılında çiçek aşısının İngiltere'de kullanılmaya başlanmasına kadar uzanır. 1850'li yıllarda İngiltere'de çiçek aşısının zorunlu hale getirilmesiyle birlikte aşı karşıtı gruplar örgütlenmeye başlamış, 1885 yılında Leicester şehri, tarihteki en büyük aşı karşıtı protesto gösterisine tanık olmuştur. Bu gelişmelerin ardından, 1907 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde ilk kez aşı karşıtı konferans düzenlenmiş ve aynı dönemde ilk aşı karşıtı dernek faaliyete geçmiştir (7).

Tarihte çıkarılan ilk aşı yasası, 1840 yılında İngiltere'de yürürlüğe girmiştir. Bu düzenlemeyle birlikte aşılama hukuki bir zemine oturtulmuş ve maddi durumu yetersiz olan bireylerin aşıya ücretsiz erişimi sağlanmıştır. Ancak, aşılanma oranlarının beklenen seviyeye ulaşamaması üzerine, 1853 yılında İngiltere'de aşılama zorunlu hale getirilmiştir (8). Yasa, başlangıçta sert bir şekilde uygulanmadığı için yalnızca sınırlı düzeyde itirazlara yol açmış ve büyük çaplı bir tepkiyle karşılaşmamıştır. Aşının koruyuculuğu toplum tarafından kabul edilmiş ve yaygın şekilde uygulanmıştır. Ancak 1864 yılında yaşanan bir salgın, yasanın daha sıkı önlemlerle güçlendirilmesini beraberinde getirmiştir (9).

20. yüzyılda, hem geliştirilen aşıların sayısında hem de aşı karşıtlığına yönelik tepkilerde belirgin bir artış gözlemlenmiştir. 1960-1980 yılları arasında, Birleşik Krallık ve ABD'de DTP aşısıyla bağlantılı olabilecek yan etkiler ve nörolojik sorunlar hakkında ortaya çıkan görüşler kamuoyunda ciddi tereddütler oluşmasına sebep olmuştur. Erken dönem araştırmalar olası risklere dikkat çekmiş olsa da, sonrasında yapılan çalışmalar aşının sinir sistemi üzerinde kalıcı bir hasara neden olduğuna dair kesin bir bulgu ortaya koymamıştır. Buna karşın, toplumdaki güvensizlik aşılamaya olan ilgiyi azaltmış ve bu durum birçok ülkede hastalıkların yeniden yayılmasına zemin oluşturmuştur (10).

Kızamık aşısı ile otizm arasında kurulan asılsız ilişki üzerinden yayılan aşı karşıtlığı, son yıllarda dünya genelinde yaklaşık %30 oranında artış gösteren kızamık vakalarının başlıca

nedenlerinden biri olarak görülmektedir. Artan aşı kararsızlığı ve karşıtlığı, yalnızca kızamık değil, diğer aşı ile önlenebilir hastalıkların da tekrar yükselişe geçmesine sebebiyet vermiştir. Bu gelişmeler üzerine DSÖ, "aşı karşıtlığını" küresel düzeyde en önemli "10 sağlık tehdidi" arasında ilk sıralara alarak, konunun ciddiyetine dikkat çekmiştir (11). 1998 yılında yayımlanan ve MMR (Kızamık , Kabakulak ve Kızamıkçık) aşısını otizmle ilişkilendiren, fakat daha sonra geçerliliğini yitiren tartışmalı araştırma, yanlış bilginin etkisini gösteren en çarpıcı örneklerden biri olarak kabul edilmektedir (12). Bu çalışmanın bilimsel çevrelerce geri çekilmesine rağmen, medyada geniş yer bulması kamuoyunun algısını derinden etkilemiş; MMR aşısına olan güveni sarsarak aşılama oranlarında düşüşe ve pek çok ülkede kızamık salgınlarının ortaya çıkmasına sebebiyet vermiştir (13).

Aşı reddi ve karşıtlığı, Türkiye'de özellikle 2010 yılından sonra daha belirgin hale gelmiş; çocuklarını aşılatmak istemeyen ailelerin sayısında önemli bir artış yaşanmıştır. 2011 yılında 183 iken, 2013 yılında 980, 2015 yılında 5.400, 2016 yılında 12.000, 2017 ve 2018 yıllarında ise yaklaşık 23.000'e kadar yükselmiştir (14).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın (TNSA) 2018 yılı verilerine göre, 2008 yılında tam aşılı çocuk oranı %77 iken, 2018 yılında ise %67'ye gerilemiştir (15).

Aşı Reddi ve Aşı Karşıtlığının Nedenleri

Psikolojik Faktörler

Risk algısı, bireylerin aşıya yönelik korkularını artırabilmekte ve bu da olumsuz yaklaşımların oluşmasına sebep olabilmektedir. Özellikle, olası yan etkilere dair endişeler ve aşıların kısa sürede geliştirilmesine yönelik tereddütler, bireylerin aşıya olan güvenini zedeleyebilmektedir. ABD'de yapılan bir araştırmaya göre, aşı konusunda kararsız olan bireylerin %48'i olası yan etkilerden endişe duyduğunu, %46'sı ise devlete karşı güven eksikliği yaşadığını ifade etmiştir (16).

Aşılarda Yer Alan Zararlı Olduğu İddia Edilen Maddeler

Aşıların insan sağlığına zarar veren ağır metaller içerdiği ve bu maddelerin vücutta birikerek çeşitli dokularda zarar oluşturduğu yönündeki iddialar gerçeği yansıtmamaktadır. Ülkemizde kullanılan tüm aşıların bileşenleri, T.C. Sağlık Bakanlığı Aşı Portalı üzerinden halkın erişimine açıktır. Örneğin hepatit B, kuduz ve tetanos aşılarında, kontaminasyonu engellemek amacıyla çok küçük miktarlarda bulunan tiomersal (etil cıva), vücutta birikme veya zarar verme özelliğine sahip değildi (3, 17).

Kalıtsal Bağışıklık Sistemi Bozukluklarına Bağlı Olarak Gelişen Komplikasyonlar

Aşı karşıtlığı ve reddine neden olan önemli faktörlerden biri de çocukluk dönemi aşı takviminde nadiren görülen ilk doz aşılar (özellikle BCG) ile ilişkili ciddi veya ölümcül yan etkilerin ortaya çıkmasıdır. Gelişen komplikasyonlar, ağır kombine immün yetmezlik (AKİY) ve diğer (doğumsal) primer immün yetmezlikler (PİY) nedeniyle gelişmektedir. Türkiye'nin de dahil olduğu bölgede, akraba evliliklerinin %20'nin üzerinde olması sebebiyle PİY görülme sıklığı nispeten daha yüksektir (100 binde 0.8-30 arasında) (18).

Dini Açıdan Uygun Bulunmayan Aşı Bileşenleri

Bazı aşıların içeriğinin sıcaklık değişimlerine dayanıklı olması için jelatin maddesi kullanılmaktadır. Maliyet açısından domuz jelatini daha yaygın tercih edilse de, sığır kökenli jelatinle de stabilite sağlanabilmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından kullanılan aşılarda ise yalnızca sığır jelatini yer almaktadır (19).

Aşı Karşıtlığı ve Aşı Reddi Süreçlerinde Bilgi Kaynaklarının Etkisi

Ülkemizde, Topçu ve meslektaşlarının gerçekleştirdiği araştırmada, aşıyı reddeden ailelerin bilgi edinme kaynaklarının %39,3'ünün sosyal medya, %27,3'ünün gazete ve dergiler, %36,3'ünün ise çevresindeki sosyal gruplar olduğu tespit edilmiştir. Medyanın totalde yaklaşık %67 oranında aşı reddi kararında etkili olması önemlidir. Aynı araştırmada sağlık personelinden bilgi alanların oranı %39,3 iken, aşılar hakkında bilgi edinmek için bilimsel yayınlara başvuranların oranı %21,7 olarak saptanmıştır (20).

Sosyal Medya Platformlarının Aşı Reddi Davranışlarına Rolü ve Etkisi

Nature dergisinde yayımlanan ve aşılar hakkında düşüncelerin paylaşıldığı sosyal medya platformlarını inceleyen bir araştırmada; aşı karşıtlarının kendi arasında hem de kararsız bireylerle daha yoğun etkileşimde bulunduğu, bu durumun devam etmesi durumunda on yıl içinde çevrimiçi ortamın aşılarla ilgili doğru ve geçerli bilgilerin yayılmasını gölgede bırakabileceği vurgulanmaktadır (21). İnternetin ebeveynlere aşı bilgilerine ulaşma imkânı sunduğu belirtilirken, bu kaynakların güvenilir olup olmadığını ayırt etmenin güçlüğü sebebiyle internetin zararlı bir araç halini alabileceği ifade edilmektedir (22).

Bilgi Eksikliği

Yetersiz bilgi, kişilerin aşılar hakkında yanlış inançlara kapılmasına ve aşı karşıtlığının yaygınlaşmasına imkan tanır. Türkiye'de gerçekleştirilen araştırmalar, kırsal alanlarda yaşayan insanların sağlık bilgilerine erişimde

güçlük çektiğini ve bunun aşı karşıtlığının artmasına neden olduğunu göstermektedir (23).

Aşı Karşıtlığı ve Reddinde Sosyal ve Kültürel Etkenler

Toplumsal ve kültürel unsurlar, kişilerin aşıya yönelik tutumlarını belirlemede etkili faktörler arasında yer almaktadır. Türkiye'de yapılan araştırmalarda, özellikle dini inançlar ve geleneksel görüşlerin aşı karşıtlığını artırdığı tespit edilmiştir (24). Uluslararası düzeyde gerçekleştirilen çalışmalar da, bu tür etmenlerin bireysel ve toplumsal sorun teşkil ettiğini ortaya koymaktadır. (16).

Erişim Engelleri

Aşıya ulaşım, hem lojistik hem de mali sebeplerle kısıtlanabilir. Türkiye'nin kırsal alanlarında yaşayan kişiler, sağlık hizmetlerine erişimde mekânsal zorluklarla karşı karşıyadır (25).

Dünyada Aşı Reddi ve Aşı Karşıtlığının Durumu

Son beş yıl içinde, ülkelerde aşı reddi değerlendirme oranları Dünya Sağlık Örgütü (WHO) bölgelerine göre analiz edildiğinde, bölgesel farklılıklar ve zaman içindeki değişimlerin belirgin olduğu görülmektedir. Amerika kıtasında, 2014 yılında %13 olan oran, 2015'te %28'e yükselmiş, fakat 2016'da %19'a gerilemiştir. Afrika bölgesinde ise oranlar nispeten sabit kalmış, 2014'te %51 olan değerlendirme, 2015 ve 2016'da sırasıyla %48 olarak kaydedilmiştir. Avrupa bölgesinde, 2014'te %41 olan oran, 2015'te %52'ye çıkmış ve 2016'da %51 seviyesinde devam etmiştir. Doğu Akdeniz bölgesinde, 2014'te %31 olan oranlar, 2015-2016 yıllarında %47'ye ulaşmıştır. Güneydoğu Asya bölgesinde oranlar 2014-2015 yıllarında %46 civarında sabit kalırken, 2016'da %20'ye düşmüştür. Batı Pasifik bölgesinde ise 2014'te %33, 2015'te %32 ve 2016'da %43 olarak değerlendirme oranları tespit edilmiştir. Bu veriler, aşı tereddüdü değerlendirmelerinin bölgesel farklılıklar gösterdiğini ve yıllar içinde dalgalanmalar yaşandığını ortaya koymaktadır (4).

İtalya'da çocukluk aşılarına yönelik sosyoekonomik eşitsizliklerin aşı tereddüdü ve reddi üzerindeki etkileri incelenmiş bir çalışmada, çevrim içi anket sonuçlarına göre katılımcıların %64'ü aşıyı desteklerken, %32,4'ü tereddütlü, %3,6'sı ise aşı karşıtı olarak sınıflandırılmıştır. Ekonomik zorlukların aşı tereddüdü ile anlamlı bir bağlantısı olduğu; düşük eğitim seviyesinin ise aşı reddinin en güçlü belirleyicisi olduğu belirtilmiştir (26).

Aşı tereddüdüne sebep olan bireysel etmenler arasında komplo inançları, bağlamsal faktörler ve toplumsal baskılar, ağrı korkusu ile sosyal medya ve internetin etkisi yer almaktadır. Komplo teorileri aşıya olan güveni zedelerken, toplumsal baskılar ve kültürel normlar aşı karşıtı görüşlerin yayılmasına katkı sağlamaktadır. Ağrı korkusu, aşı yaptırma konusunda endişeye neden olurken, sosyal medya yanıltıcı bilgilerin hızlı yayılmasına ve aşı karşıtlığının artmasına yol açmaktadır (2).

Ülkemizde Aşı Reddi ve Aşı Karşıtlığının Durumu

Yalçın ve arkadaşlarının araştırmasında, 2016 senesinde Türkiye genelinde aşı reddi oranı %3,5 iken, 2017'de bu oran %5,9'a çıkmıştır. En yüksek aşı reddi oranları 2016 yılında Doğu Marmara Bölgesi'nde (%8,4) ve 2017 yılında ise Batı Anadolu ile Doğu Marmara bölgelerinde (%10,9) kaydedilmiştir. Aşı reddinin başlıca sebepleri arasında aşı bileşenleriyle ilgili kaygılar, zararlı olabileceğine dair endişeler ve muhtemel yan etkilerden duyulan korkular yer almıştır (27). Yörük ve arkadaşlarının çalışmasında ise, aşı tereddüdü yaygınlığı %13,8, aşı reddi yaygınlığı ise %4,8 olarak belirlenmiştir.

Aşı karşıtlığı, üniversite mezunu, tedavi sonrası hamile kalan, doğum öncesi çocuk aşıları hakkında bilgi almamış, sosyal medyada aşı karşıtı toplulukları takip eden ve çocuklarına düzenli D vitamini ile demir takviyesi vermeyen annelerde daha sık rastlanmıştır. Ayrıca, aşı içerikleri hakkında endişe taşıyan, bilimsel temeli olmayan kaynaklardan bilgi edinen ve alternatif tıp yöntemleri kullanan ebeveynlerde de aşı tereddüdü artış göstermiştir (28).

Aşı Reddi ve Aşı Karşıtlığının Önlenmesine Yönelik Stratejiler ve Öneriler

Aşı reddinin ve bununla bağlantılı olabilecek sorunların önüne geçmek maksadıyla devletlerin önlemler alması ve çeşitli girişimlerde bulunması gerekmektedir. İlk olarak bağışıklama konusunda politik irade oluşturulmalı ve bu kararlılık sürdürülebilir olmalıdır. Konuyla ilgili yasal düzenlemeler yapılmalı ve yasalar haline getirilmelidir. Kanıta dayalı bilgilerle aşıların önemi ve içeriklerinin güvenilirliği halka aktarılmalı, bu konuda kamu bilgilendirme kampanyaları hazırlanmalıdır. Aşı reddini azaltmak için aşı uygulamalarının mecburi tutulması gerekmektedir. Aşılanma oranlarını artırmak amacıyla maddi teşvikler sunulması veya aşı yaptırmayı reddedenlere yönelik maddi yaptırımlar getirilmesi önerilebilir (29).

Aşılama programının yürütücüsü olan Sağlık Bakanlığı, aşıların piyasaya sürülmeden önce güvenlik ve etkinliklerinin bilimsel çalışmalarla titizlikle doğrulandığını, uygulama başladıktan sonra tüm yan etkilerin takip edildiğini, ciddi yan etkiler görüldüğünde aşılama programının tüm boyutlarıyla analiz edildiğini ve aşı içeriklerinin sürekli şeffaf şekilde erişime açık tutulduğunu vurgulamalıdır. "Aşı ile önlenebilir hastalıklar" topluma benimsetilmeli, "aşıların çeşitli hastalıklara neden olduğu" yönündeki bilimsel dayanağı olmayan iddialar araştırılmalı, aşı kararsızlığı oranları takip edilmeli ve tüm iletişim kanalları etkili biçimde kullanılarak farklı kitlelere yönelik bilgilendirme çalışmaları kesintisiz devam ettirilmelidir (3, 17).

Genel anlamda, aşı tereddüdü zamanla aşı reddine dönüşebilmektedir. Bu sürecin içinde hekimler ve diğer sağlık personelinin ailelerle zamanında ve etkili iletişim kurması, ebeveynlerin tereddütlerini bilimsel kanıta dayalı, şeffaf ve anlaşılır bir dille yanıtlaması durumunda aşı reddinin yayılması önlenebilir (3, 17).

Son dönemde "sıra dışı" doktorlar ve sağlık çalışanları tarafından aşı kararsızlığı ciddi boyutlarda suistimal edilmekte, aşı karşıtı gruplar bunları öne çıkarmaya çalışmaktadır. COVID-19 aşılarının beklenenden kısa sürede piyasaya sürülmesi, aşı karşıtlarının kötüye kullandığı durum olmuştur. Bu yaygın, zararlı ve kuralsız davranışlara karşı uluslararası yasal düzenlemelere ve yaptırım gücü yüksek kararlar gereklidir. Aşı karşıtı internet kaynakları takip edilip yanlış bilgiler ve çarpıtmaların doğruları düzenli şekilde kamuoyuna sunulmalı, aileler doğru ve güvenilir kaynaklara yönlendirilmelidir. Aşı reddinin tercih olmaktan öte, kamu sağlığını tehdit eden bir eylem olduğu uygun bir dille anlatılmalı, ancak bu süreçte damgalama ve ötekileştirme hatasından kesinlikle kaçınılmalıdır (3, 17).

Sonuç

Aşılar, bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve halk sağlığının korunmasında tarihsel ve güncel anlamda temel bir araç olmaya devam etmektedir. Ancak, küresel ölçekte artış gösteren aşı karşıtlığı ve reddi, toplum sağlığını tehdit eden önemli bir sorundur. Aşı karşıtlığının kökenleri tarihsel süreçlere dayanmakla birlikte, günümüzde sosyal, kültürel, psikolojik ve bilgi eksikliği gibi çok boyutlu faktörlerle karmaşıklaşan dinamiklere sahiptir. Özellikle yanlış bilgi kaynaklarının yaygınlaşması ve sosyal medyanın etkisi, aşı karşıtlığı ve reddini artıran başlıca unsurlar arasında yer almaktadır.

Türkiye'de de son yıllarda gözlemlenen aşı reddi ve kararsızlığındaki yükseliş, bölgesel ve sosyoekonomik farklılıklarla birlikte ele alınması gereken bir problem olduğu gözükmektedir. Bu bağlamda, etkin iletişim stratejilerinin geliştirilmesi, bilimsel bilgilerin şeffaf ve erişilebilir şekilde paylaşılması, sağlık çalışanlarının eğitim ve rolünün güçlendirilmesi ile toplumun her kesimini kapsayan bilinçlendirme çalışmalarının sürdürülmesi önemlidir.

Aşı karşıtlığı ve reddinin önlenmesi, sadece bireysel tercihlerin ötesinde, kamu sağlığının korunması açısından bir gerekliliktir. Bu nedenle, devlet politikalarının kararlı ve bütüncül yaklaşımı, hukuki düzenlemelerle desteklenmeli; toplumun güvenini artıracak, yanlış bilgileri etkili biçimde karşılayacak kapsamlı müdahale programları hayata geçirilmelidir.

Sonuç olarak, aşıların sağladığı koruyucu faydaların sürdürülebilirliği ve bulaşıcı hastalıkların kontrolü, multidisipliner ve çok paydaşlı çabaların koordinasyonu ile mümkün olacaktır. Aşı kararsızlığı ve reddine karşı geliştirilecek stratejiler, bilimsel temelli, etik ve toplumsal duyarlılıkla şekillendirilmeli, bu alanda devam eden araştırmaların bulguları ışığında güncellenmelidir.

Kaynaklar

1. *Canouï E, Launay O. Histoire et principes de la vaccination. Revue des maladies respiratoires. 2019;36(1):74-81.*
2. *Lafnitzegger A, Gaviria-Agudelo C. Vaccine hesitancy in pediatrics. Advances in pediatrics. 2022;69(1):163-76.*
3. *Boom J, Healy C. Standard childhood vaccines: parental hesitancy or refusal. UpToDate. 2019.*
4. *Lane S, MacDonald NE, Marti M, Dumolard L. Vaccine hesitancy around the globe: Analysis of three years of WHO/UNICEF Joint Reporting Form data-2015–2017. Vaccine. 2018;36(26):3861-7.*
5. *Geoghegan S, O'Callaghan KP, Offit PA. Vaccine safety: myths and misinformation. Frontiers in microbiology. 2020;11:372.*
6. *Organization WH, Organization WH. Summary WHO SAGE conclusions and recommendations on vaccine hesitancy. World Health Organization. 2015.*
7. *Kader Ç. Aşı Karşıtlığı: Aşı Kararsızlığı ve Aşı Reddi. Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi. 2019;4(3):377.*
8. *Wolfe RM, Sharp LK. Anti-vaccinationists past and present. Bmj. 2002;325(7361):430-2.*
9. *Williamson S. Anti-vaccination leagues. Archives of disease in Childhood. 1984;59(12):1195.*
10. *DeStefano F, Shimabukuro TT. The MMR vaccine and autism. Annual review of virology. 2019;6(1):585-600.*
11. *Organization WH. Ten Threats to Global Health 2019 [Available from: https://www.commonwealthnurses.org/thecommonwealthnurse/Documents/Tenthreatstoglobalhealth.pdf.Erişim Tarihi: 06.09.2025*
12. *Yüksel GH, Topuzoğlu A. Aşı Redlerinin Artması Ve Aşı Karşıtlığını Etkileyen Faktörler. Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi. 2019;4(2):244-58.*
13. *de Albuquerque Veloso Machado M, Roberts B, Wong BLH, van Kessel R, Mossialos E. The relationship between the COVID-19 pandemic and vaccine hesitancy: a scoping review of literature until August 2021. Frontiers in public health. 2021;9:747787.*
14. *Müdürlüğü SBSBSG. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 [Available from: https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR,49093/saglik-istatistikleri-yilligi-2017-haber-bulteni-yayimlandi.html.Erişim Tarihi: 06.09.2025*
15. *Hacettepe Üniversitesi NEE. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK 2019 [Available from: https://hips.hacettepe.edu.tr/tr/2018_turkiye_nufus_ve_saglik_arastirmasi-55.Erişim Tarihi: 06.09.2025*
16. *Avcı K. Türkiye'de COVID-19 aşı tereddüdü: Bir infodemiyoloji çalışması. Turkish Bulletin of Hygiene & Experimental Biology/Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji. 2024;81(2).*
17. *Marshall GS. The Vaccine Handbook: a Practical Guide for Clinicians. West Islip, NY: Professional Communications, Inc.; 2024. 257-82 p.*
18. *Al-Mousa H, Al-Saud B. Primary immunodeficiency diseases in highly consanguineous populations from Middle East and North Africa: epidemiology, diagnosis, and care. Frontiers in immunology. 2017;8:678.*
19. *Hafidz R, Yaakob C, Amin I, Noorfaizan A. Chemical and functional properties of bovine and porcine skin gelatin. International Food Research Journal. 2011;18(2):787-91.*
20. *Topçu S, Almış H, Başkan S, Turgut M, Orhon FŞ, Ulukol B. Evaluation of childhood vaccine refusal and hesitancy intentions in Turkey. The Indian Journal of Pediatrics. 2019;86(1):38-43.*
21. *Johnson NF, Velásquez N, Restrepo NJ, Leahy R, Gabriel N, El Oud S, et al. The online competition between pro-and anti-vaccination views. Nature. 2020;582(7811):230-3.*
22. *Bianco A, Mascaro V, Zucco R, Pavia M. Parent perspectives on childhood vaccination: How to deal with vaccine hesitancy and refusal? Vaccine. 2019;37(7):984-90.*
23. *Akbulak MA, Çöl M. Dünyada Ve Türkiye'de Aşilanma Tutumu Ve Covid-19 Aşılarına Bakış. Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi. 2022;7(3):531-40.*
24. *Sasse K, Mahabir R, Gkountouna O, Crooks A, Croitoru A. Understanding the determinants of vaccine hesitancy in the United States: A comparison of social surveys and social media. Plos one. 2024;19(6):e0301488.*
25. *Düzgün MV, Dalgıç Aİ. Toplum Sağlığı İçin Giderek Artan Tehlike Aşı Reddi Önlenebilir Mi? Güncel Pediatri. 2019;17(3):424-34.*
26. *Bertoncello C, Ferro A, Fonzo M, Zanovello S, Napoletano G, Russo F, et al. Socioeconomic determinants in vaccine hesitancy and vaccine refusal in Italy. Vaccines. 2020;8(2):276.*
27. *Yalçın SS, Kömürlüoğlu A, Topaç O. Rates of childhood vaccine refusal in Turkey during 2016–2017: Regional causes and solutions. Archives de Pédiatrie. 2022;29(8):594-8.*
28. *Yörük S, Güler D. Factors associated with pediatric vaccine hesitancy of parents: a cross-sectional study in Turkey. Human Vaccines & Immunotherapeutics. 2021;17(11):4505-11.*
29. *Ozışık L, Tanriover MD, Altınel S, Unal S. Vaccinating healthcare workers: Level of implementation, barriers and proposal for evidence-based policies in Turkey. Human vaccines & immunotherapeutics. 2017;13(5):1198-206.*

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S059]
ÇOCUKLUK ÇAĞI AŞILARINDA EBEVEYN KARARLARI: TEREDDÜT VE MOTİVASYONLAR ÜZERİNE NİTELİKSEL BİR ÇALIŞMA

***Zeynep Tüzün*[1], *Zeynep Meva Altaş*[1], *Seyhan Hıdıroğlu*[1], *Fatma Berna Çörekci*[2], *Amine Avcı*[2], *Zeynep Asmin Kaya*[2], *Gizem Çavuş*[2]**
[1]*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[2]*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi*

Giriş-Amaç

Aşılama, bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde halk sağlığı açısından en etkili ve maliyet-etkin müdahalelerden biridir. Ancak bu hizmetlerin yalnızca erişilebilir olması yeterli olmayıp, bireylerin aşıyı kabul etmeye gönüllü olmaları da sürecin başarısı için kritik önem taşımaktadır. Aşı tereddüdü, bireylerin aşıyı tamamen reddetmeksizin erteleme ya da seçici uygulama gibi kararsızlıklar yaşaması durumudur. Bu tereddüt; bireysel sağlık davranışlarının yanı sıra toplumsal güven, sağlık sistemine yönelik tutumlar, bilgi ortamı, dijital medya etkileri ve sosyal çevre gibi çok katmanlı faktörlerden etkilenmektedir. Literatürde çoğunlukla aşı karşıtlığı üzerine yoğunlaşılmışken, tereddüt yaşamasına rağmen çocuklarını aşılatan ebeveynlerin özgün karar mekanizmaları ve bu süreçteki içsel çatışmaları daha az incelenmiştir. Bu bağlamda bu çalışma, çocukluk çağı aşılarını yaptırmış ancak bu süreçte çeşitli düzeylerde tereddüt yaşamış ebeveynlerin karar alma süreçlerini, tereddüt nedenlerini ve motivasyonlarını derinlemesine anlamayı amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem

Araştırmanın evrenini, Nisan–Haziran 2025 tarihleri arasında Türkiye'de 0–7 yaş aralığında çocuğu bulunan ebeveynler oluşturmuştur. Olasılıksız örnekleme yöntemlerinden amaçlı örnekleme yöntemiyle katılımcılara ulaşılmıştır. Toplam 16 ebeveyn çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcıların tamamı, çocukluk çağı aşılarına ilişkin belirli düzeylerde kararsızlık yaşamış ancak yine de aşıyı yaptırmış bireylerden oluşmaktadır. Veri toplama süreci Mayıs 2025'te gerçekleştirilmiş olup, derinlemesine görüşmeler telefon aracılığıyla ve katılımcıların tercih ettikleri zaman ve ortamda yapılmıştır. Görüşmeler ortalama 25 dakika sürmüştür. Yarı yapılandırılmış görüşme formu literatürden yararlanılarak hazırlanmış ve pilot uygulamayla test edilmiştir. Katılımcılardan sözlü aydınlatılmış onam alınmasıyla görüşmeler ses kaydına alınmış, kelimesi kelimesine çözümlenmiş ve Atlas.ti programı kullanılarak tematik analiz yöntemiyle değerlendirilmiştir. Tüm süreç Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) kontrol listesi gözetilerek yürütülmüş, etik onay alınmış ve Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

Bulgular

Araştırmaya katılan 16 ebeveynin yaş ortalaması 35 olup (min:29, maks:43) 15'i kadın, biri erkektir. Katılımcıların büyük çoğunluğu İstanbul'da yaşamakta; eğitim düzeyleri ağırlıklı olarak lisans olmakla birlikte yüksek lisans ve ön lisans mezunları da bulunmaktadır. Çocuk sayısı bir ile dört arasında değişmektedir. Görüşmeler sonucunda elde edilen bulgular dört ana tema ve 13 alt temada toplanmıştır. Birinci tema olan "Aşı Deneyimleri", ebeveynlerin kendi geçmiş aşı uygulamalarıyla ilgili algılarını, çocuklarının aşı süreçlerine dair gözlemlerini ve çevresel ya da medyatik deneyimlerin bu sürece etkilerini kapsamaktadır. İkinci tema olan "Aşıya Yönelik Genel Algı ve Yaklaşımlar", toplumsal ve ailevi etkileşimleri, şüpheyle başlayıp onayla sonuçlanan zorunlu karar süreçlerini ve zamanla gelişen bilinçlenme ile ikna olma eğilimlerini içermektedir. Üçüncü tema olan "Bilgiye Erişim ve Güven Sorunu", hem bilgi kaynaklarının çeşitliliği ve güvenilirliği konusundaki tereddütleri hem de sağlık otoritelerine ve sağlık çalışanlarına duyulan güvensizliği kapsamaktadır. Bu tema altında, aşıların içeriği ve etkilerine ilişkin kaygılar ile yeterli ve doğru bilgilendirme ihtiyacı birlikte ele alınmıştır. Dördüncü tema ise "Karar Alma Sürecini Etkileyen Faktörler" başlığı altında yapılandırılmıştır ve annelik içgüdüsü ve bireysel sorumluluk hissini, devlete ya da otoriteye duyulan güven ilişkisini ve karar anında yaşanan içsel çatışmaları ve kafa karışıklıklarını kapsamaktadır. Katılımcıların aşıya ilişkin karar süreçlerinde,

yalnızca bilgiye değil; ebeveynlik sorumluluğu, içgüdüsel koruma motivasyonu, sosyal çevrenin etkisi, dijital bilgi kaynakları ve sağlık sistemiyle kurulan ilişkiler etkili olmuştur. Katılımcılar sıklıkla belirsizlik, yetersiz bilgilendirme, otoriteye duyulan şüphe ve kontrol kaybı hissi ile hareket ettiklerini belirtmiştir. Dijital ortamdaki bilgi kirliliği bazı ebeveynlerde kafa karışıklığı yaratmış, bu da duygusal güven ihtiyacını ve sosyal çevrenin etkisini artırmıştır. Ebeveynlerin kararlarını yönlendiren başlıca motivasyonlar arasında; iyi bir ebeveyn olma arzusu, vicdani sorumluluk hissi, çocuğun geleceğini koruma isteği ve toplumsal uyum ihtiyacı öne çıkmıştır. Bazı katılımcılar aşıyı içselleştirerek benimserken, bazıları gönülsüzce ama zorunluluk duygusuyla karar aldıklarını ifade etmiştir. Aile bireylerinin (özellikle eş ve kayınvalide) etkisi, sosyal medya içerikleri ve mahalle baskısı, bireysel kararları doğrudan şekillendirmiştir. Karar anında yaşanan ikilemler ve karar sonrası devam eden huzursuzluk, aşı tereddüdünün sadece rasyonel değil aynı zamanda yoğun duygusal bileşenler taşıdığını göstermektedir. Ebeveynlerin sağlık profesyonelleriyle kurduğu ilişkiler belirleyici olmuş; özellikle açık, güven verici ve yargılamayan iletişim dili, bazı ebeveynlerde kararsızlığı olumlu yönde dönüştürmüştür. Diğer yandan, yüzeysel bilgilendirme, ticari kaygı algısı ve hekime ulaşmadaki zorluklar güveni zedelemiştir. Dijital teknolojiler aracılığıyla bilgiye ulaşımın kolaylaşmasına rağmen içeriklerin çelişkili, yetersiz veya teknik olması, bireyleri karar verme sürecinde yalnız bırakmıştır. Katılımcıların çoğu, aşı içeriğini bilmeden onay vermenin kendilerini rahatsız ettiğini ve şeffaf, sade, korkutmayan bilgilendirmeye ihtiyaç duyduklarını ifade etmiştir.

Sonuç ve Öneriler

Çocukluk çağı aşılarına ilişkin karar süreçlerinde, ebeveynlerin tutumları yalnızca bilgi düzeyine değil; geçmiş deneyimlerin yarattığı duygusal birikim, sosyal çevreden gelen normatif baskılar ve sağlık sistemine yönelik güvensizlik gibi çok boyutlu etkenler karar süreçlerinde etkili olabilmektedir. Aşılama davranışını belirleyen bu katmanlı yapı, ebeveynlerin kararlarını bilişsel temelden ziyade sezgisel, duygusal ve ilişkisel dinamiklerle şekillendirmekte; özellikle bilinmezlik duygusu ve iletişim kopuklukları bu süreci daha da karmaşıklaştırmaktadır. Aşı tereddüdüyle mücadeleye yönelik müdahalelerde, bilgi aktarımının yanında duygusal güveni önceleyen, sosyal ve toplumsal alışkanlıklara duyarlı ve bireysel deneyimlere alan tanıyan iletişim yaklaşımlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık çalışanlarının empatik, yargılayıcı olmayan ve şeffaf iletişim kurma kapasitesinin artırılması, sosyal medya ortamlarında güvenilir bilgi görünürlüğünün güçlendirilmesi ve dijital okuryazarlığın kuvvetlendirilmesi daha kalıcı davranış değişiklikleri için faydalı olabilecektir.

Anahtar Kelimeler: Aşılama, aşı tereddüdü, ebeveyn, sağlık okuryazarlığı

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S060]
TÜRKİYE'DE TÜBERKÜLOZUN İL DÜZEYİNDEKİ BELİRLEYİCİLERİ: KENTSEL SAĞLIK GÖSTERGELERİNİN ANALİZİ

***Mine Yenice*[1], Nilay Etiler[2]**
[1]*İstanbul Silivri İlçe Sağlık Müdürlüğü*
[2]*Nevada Reno Üniversitesi, Halk Sağlığı Okulu, Reno, Nevada, Amerika Birleşik Devletleri*

Giriş-Amaç

Tüberküloz (TB) halen önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmekte ve küresel ölçekte önde gelen bulaşıcı hastalıklar arasında yer almaktadır. Türkiye'de TB insidansı, 2005 yılında yüz binde 29,4'ten 2023 yılında 11,0'a kadar yıllık yaklaşık %3-5'lik bir düşüşle istikrarlı bir şekilde azalmıştır. TB kontrolünün performansı, yerel ekonomik, kültürel ve sosyal koşullar tarafından şekillenmektedir. Kentsel sağlık indeksi bu koşulları değerlendirmek için uygun bir yöntem sunmaktadır. Bu çalışma, Türkiye'de TB ile il düzeyindeki kentsel sağlık göstergelerinin demografik, sağlık hizmetleri kapasitesi, toplum sağlığı, ekonomik ve endüstriyel boyutlarını kapsayan kapsamlı bir analizini yapmayı amaçlamıştır.

Gereç-Yöntem

Bu ekolojik çalışma, Türkiye'deki 81 il düzeyinde TB göstergelerini kentsel göstergelerle birlikte analiz etmektedir. Sağlık Bakanlığının Türkiye'de Verem Savaşı Raporlarından (2017-2021) TB prevalansı (genel, cinsiyete göre ve 65 yaş ve üzeri) verileri 2015-2019 dönemi için, takip dışı kalan hastalar ve vaka fatalite hızı verileri ise 2015-2018 dönemi için alınmıştır. Kentsel sağlık göstergeleri beş alana (domain) ayrılmıştır: Demografi, sağlık hizmetleri kapasitesi, toplum sağlığı düzeyi, ekonomi ve sanayileşme. Bu alanlara ilişkin gösterge verileri, başta TÜİK, Sosyal Güvenlik Kurumu ve Sağlık Bakanlığı kaynaklarından elde edilmiştir.

1. Demografi alanında; kentsel nüfus, kişi başına düşen ortalama oda sayısı, nüfus yoğunluğu ve bağımlı nüfus,
2. Sağlık hizmetleri kapasitesi alanında; nüfus başına hemşire, hekim, hastane yatağı ve Verem Savaşı Dispanseri sayısı,
3. Toplum sağlığı düzeyi alanında; 5 yaş altı ölüm hızı, solunum hastalıkları ve kanser mortalite hızı, doğuşta beklenen yaşam süresi,
4. Ekonomi alanında; kişi başına gayri safi yurt içi hasıla, istihdam, eğitim ve yoksulluk,
5. Endüstrileşme alanında; endüstriyel aktivite ve tarımsal aktivite göstergeleri kullanılmıştır. Kentsel sağlık endeksi göstergelerinin açıklamaları, kaynakları ve kapsadıkları yıllar Tablo 1'de özetlenmiştir. Kentsel sağlık göstergeleri, analiz öncesinde Dünya Sağlık Örgütü'nün Kentsel Sağlık Endeksi Kılavuzuna uygun olarak standartlaştırılmıştır. TB değişkenleri ile kentsel indeksler arasındaki iki değişkenli ilişkiyi değerlendirmek için Spearman korelasyonu kullanılmış, anlamlı değişkenler çoklu doğrusal regresyon modeline dahil edilmiştir.

Çalışmada, bireysel tanımlayıcı içermeyen ikincil, toplu veriler kullanıldığından etik onay ve bilgilendirilmiş onam alınmamıştır.

Bulgular

2015-2019 yılları arasında en yüksek TB prevalansı erkeklerde (Ortalama+Standart Sapma (SS): Yüz binde 14.15+6.69) ve 65 yaş ve üzeri bireylerde (Ortalama+SS: Yüz binde 27.30+13.08) gözlemlenmiştir.

Bu dönemdeki ortalama TB prevalansının en yüksek olduğu iller Marmara bölgesindeki Edirne (Yüz binde 26,88), İstanbul (Yüz binde 24,32) ve Kırklareli (Yüz binde 23,74)'dir. Demografik alan, genel TB prevalansı ile en güçlü ilişkiyi göstermiştir (β=37,58). Yüksek sağlık hizmetleri kapasitesi, kötü ekonomik koşullar ve düşük toplum sağlığı düzeyi alanları, yüksek TB prevalansı ile bağlantılıdır. Kadın, erkek ve >=65 yaş TB prevalansı, demografik alanla ilişkilidir (sırasıyla β=26,67, 48,49 ve 85,38). Kötü ekonomik koşullar, kadınlarda daha yüksek prevalansla ilişkilendirilirken (β=-10,39), yüksek sağlık hizmeti kapasitesi (β=13,20) ve düşük toplum sağlığı alanları (β=-113,45) erkeklerde yüksek prevalansla ilişkilidir. Endüstrileşmeyle birlikte takip dışı kalma oranı azalmıştır (β=-6,85), buna karşılık vaka fatalite hızı sağlık hizmetleri kapasitesi (β=8,37) ve endüstrileşme (β=7,75) ile ilişkilidir.

Sonuç ve Öneriler

Bulgular, TB hastalığının dinamiklerini anlamak ve TB kontrol programlarının etkinliğini artırmak için demografi, sağlık hizmetleri kapasitesi, ekonomi, toplum sağlık düzeyi ve endüstrileşme gibi kentsel sağlık göstergelerinin kritik rolünü vurgulamaktadır. Çalışma, TB ve kentsel sağlık göstergeleri hakkında, özellikle ilçeler, mahalleler ve gecekondu bölgeleri ve hapishaneler gibi özellikli alanlarda, küçük ölçekli verilerin gerekliliğini vurgulamaktadır. Bu çalışmada herhangi bir finansal destek alınmamıştır ve yazarların çıkar çatışması yoktur.

Anahtar Kelimeler: İl düzeyindeki belirleyiciler, kentsel sağlık, tüberküloz

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S061]
AİLE SAĞLIĞI ÇALIŞANI AŞI İLETİŞİMİ EĞİTİMİNİN GEBELERDE GRİP AŞISI KABULÜNE ETKİSİ: BİR MÜDAHALE ARAŞTIRMASI

***Burcu Ecem Uğuz*[1], *Özüm Yolcu*[2], *Fatma Güven*[3], *Leyla Üçeş Harmanoğulları*[4], *Aslıhan Ardıç Çobaner*[5], *Emine Boynukara*[6], *Caferi Tayyar Şaşmaz*[3]**

[1]*Şırnak İdil İlçe Sağlık Müdürlüğü*
[2]*Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı*
[3]*Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[4]*Mersin İl Sağlık Müdürlüğü*
[5]*Mersin Üniversitesi İletişim Fakültesi, Gazetecilik Anabilim Dalı*
[6]*Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi*

Giriş-Amaç

Gebelik döneminde geçirilen grip, gebe ve bebekte komplikasyon ve mortaliteye neden olabilmektedir. Gebelere grip aşısı uygulaması, anne ve bebek sağlığı açısından önemli bir koruyucu sağlık hizmetidir. Bu çalışmada Mersin il merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde görev yapan sağlık çalışanlarına yönelik yapılan aşı iletişimi eğitiminin gebelerde grip aşısı kabulüne etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç-Yöntem

Müdahale tipinde olan bu araştırma Mersin ilinin dört merkez ilçesinde yürütüldü. Her ilçeden iki Aile Sağlığı Merkezi (ASM) seçilerek toplam sekiz ASM dahil edildi. "Aşı iletişimi" başlıklı eğitim programı müdahale aracı olarak kullanıldı, içerik literatür, DSÖ, CDC rehberleri ve uzman görüşleri ile hazırlandı.

Çalışmanın hipotezleri;

1. ASM'de aile sağlığı elemanlarına ve
2. ASM'de aile sağlığı elemanı ve aile hekimlerine yapılan aşı iletimi eğitimi gebelerde grip aşı kabulünü artırır olarak belirlendi.

ASM'ler her ilçeden birer tane olacak şekilde iki gruba ayrıldı. Birinci grupta sadece aile sağlığı elemanlarına; ikinci grupta ise hem aile sağlığı elemanı hem de aile hekimlerine eğitimi verildi. Müdahale öncesi 46 aile sağlığı elemanı ve 23 aile hekimi görev yapıyordu. Eğitimler 2024-2025 grip sezonu öncesinde uygulandı, sezon boyunca sağlık çalışanları 3 kez ziyaret edilerek motive edildi. Sezon bitiminde gebeliğinin 2. ve 3. trimesteri grip sezonuna denk gelen 1049 kadın tespit edildi, 783'üne ise telefonla ulaşıldı. Aşı iletişimi müdahale eğitiminin etkisini değerlendirmek için, çalışmaya alınan ASM'lerin 2023-2024 grip sezonunda aynı yöntemle elde edilen gebe grip aşılanma oranları kullanılmıştır. Gebelerin grip aşısı yaptırma durumu bağımlı değişken; yaş, eğitim durumu, gebelik sayısı ile müdahale eğitimi öncesi ile sonrası bağımsız değişkenler olarak tanımlandı. Veriler yüzde, ortalama, standart sapma ile özetlendi. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı. 2023-2024 grip sezonu ile 2024-2025 grip sezonunda grip aşısı yaptırma düzeyini karşılaştırmak için Z testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi. Çalışmanın yapılabilmesi için Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 10.07.2024 tarih, 2024/646 sayılı onay ve Mersin İl Sağlık Müdürlüğünden izin alındı. Çalışma TÜBİTAK 1002-A Hızlı Destek Modülü kapsamında 324S047 proje numarası ile desteklenmiştir.

Bulgular

Çalışmaya yaş ortalaması 30.2 ± 5.5 yıl, ortalama gebelik sayısı ise 2.1±1.2 olan 783 kadın katıldı. Kadınların 250'si (%31.9) ilköğretim ve altı eğitim seviyesine sahipti. 2024–2025 grip sezonunda çalışmaya katılan kadınların 30'unun (%3.8) grip aşısı yaptırdığı tespit edildi. Bu oran 2023–2024 grip sezonunda %1.6 olarak

tespit edilmişti. Gebelere grip aşılaması için ASM çalışanlarına yönelik yapılan müdahale eğitiminin gebelerde grip aşısı yaptırma oranını anlamlı ölçüde artırdığı saptandı ($p<0.05$). 2024–2025 sezonunda yalnızca aile sağlığı elemanlarına eğitim verilen grupta aşılama oranı %2.7 iken, bu oran aile hekimlerine de eğitim verilen grupta %4.6'ya yükselmiş, ancak fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). 2024-2025 sezonunda lise ve altı eğitim seviyesinde olanlar ve üniversite mezunu olanlarda gebelik döneminde grip aşısı yaptırma oranı sırasıyla %3.6 ve %4.3 olarak tespit edildi fark anlamlı değildi ($p>0.05$). 2023-2024 sezonunda ise grip aşısı yaptıranların tamamı üniversite mezunu idi. 2024–2025 sezonunda gebelere grip aşısı önerme oranı %13.7'ye yükselmiş olup, 2023–2024 sezonundaki %5.4'e kıyasla bu artış anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Gebelere grip aşısı önerisinde bulunanların 2023–2024 sezonunda çoğunluğu hekimlerken (%66.0), 2024–2025 sezonunda aile sağlığı elemanlarının oranı artarak %52.7'ye ulaşmış ve bu değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$).

Sonuç ve Öneriler

Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarına verilen aşı iletişimi eğitimi sonrasında gebelere grip aşı önerisi ve gebelerin grip aşı kabulü önceki sezona göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde artmıştır. Müdahale öncesinde öneri yapanların çoğu hekim iken müdahale sonrası aile sağlığı elemanlarının da öneri yapmada daha aktif rol aldıkları saptanmıştır. Sonuç olarak iletişim temelli eğitimlerin sahada uygulanmasıyla ASM çalışanlarının güçlendirilmesi, ülkemizde gebelerde grip aşısı oranlarının yükseltilmesi için etkili bir strateji olabilir.

Anahtar Kelimeler: Grip, gebe, influenza, maternal bağışıklık

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S062]
AŞI TEREDDÜDÜ OLAN BİREYLERİN BAĞIŞIKLANMA HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ: NİTELİKSEL BİR ÇALIŞMA

***Özden Erdem*[1], Nazan Çalbayram[2], Rüveyda Ölmez Yalazı[3]**
[1]*Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı*
[2]*Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Çocuk Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı*
[3]*Fenerbahçe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü*

Giriş-Amaç

Aşılar, modern tıbbın en önemli halk sağlığı başarılarından biri olmasına rağmen, günümüzde hem bilim dünyasında hem de toplumda en çok tartışılan konulardan biridir. Toplum sağlığının korunmasında hayati öneme sahip olan bağışıklama uygulamaları, giderek artan aşı tereddüdü nedeniyle sağlık hizmetlerinin sunumunda en hassas ve kırılgan alanlardan biri hâline gelmiştir. Bu çalışma, aşı tereddüdü yaşayan yetişkinlerin inançlarını, duygularını ve yaşantılarını derinlemesine inceleyerek bağışıklanmaya ilişkin algı ve görüşlerini ortaya koymayı amaçlamıştır.

Gereç-Yöntem

Araştırma, durum çalışması desenine dayalı nitel bir tasarımla yürütülmüştür. Evreni, Türkiye'de yaşayan ve aşı tereddüdü yaşadığını ifade eden yetişkin bireyler oluşturmaktadır. Katılımcılar; 18 yaş üzeri, psikiyatrik tanısı olmayan, Türkçe konuşabilen ve gönüllü katılım gösteren bireylerden seçilmiştir. Bireylere erişimin güç olması nedeniyle kartopu örnekleme yöntemi kullanılmış, 11 katılımcı ile veri doygunluğuna ulaşıldığında örneklem yeterli kabul edilmiştir. Görüşmeler, araştırmacılar tarafından geliştirilen yarı yapılandırılmış form aracılığıyla yüz yüze gerçekleştirilmiş; katılımcı onayı alınarak ses kaydı yapılmıştır. Veriler sözcüğü sözcüğüne çözümlenmiş, ardından açık ve eksenel kodlama yöntemleriyle tümevarımsal tematik analiz kullanılarak değerlendirilmiştir. Kodlama süreci iki araştırmacı tarafından bağımsız olarak yürütülmüş, temalar arasındaki tutarlılık karşılaştırılarak görüş birliği sağlanmıştır. Araştırma süreci boyunca araştırmacı yansıtıcılığı ve veri üçlemesi ilkeleri gözetilerek çalışmanın güvenirliği ve geçerliliği güçlendirilmiştir. Raporlama sürecinde COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) kontrol listesi izlenmiş ve çalışma için etik kurul onayı alınmıştır (Karar No: 10/14 – Tarih: 03.08.2023). Araştırma üniversitenin Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından Bağımsız Araştırma Projesi olarak (Proje Kodu: TSA-2024-4678) desteklenmiştir. Verilerin analizinde MAXQDA Analytics Pro 2024 yazılımı kullanılmıştır.

Bulgular

Verilerin analizi sonucunda beş ana tema belirlenmiştir: aşı tereddüdünü besleyen etmenler, bilgi edinme kaynakları, psikososyal yansımalar, kurumsal güven sorunu ve alternatif bağışıklık yaklaşımlarıdır. Katılımcıların aşı tereddüdüne neden olan temel etkenler; dayatma algısı, aşı içeriğine ilişkin belirsizlikler, çocuk sağlığına yönelik endişeler ve komplo teorileridir. Katılımcılar, konuya ilişkin bilgilerini çoğunlukla sosyal medya, politik açıklamalar ve bilimsel kaynaklardan elde etmişlerdir. Sağlık otoritelerine duyulan güvensizlik ve şeffaflık eksikliği, aşılara olan güveni zayıflatmıştır. Bu durum, aile içi çatışmalar ve toplumsal damgalanma gibi psikososyal sorunlara yol açmış; aşıyı reddeden bireylerin baskı ve zorbalık yaşadıklarını, engeller ile karşılaştıklarını göstermiştir. Katılımcılar, hem kendilerini hem de çocuklarını koruma amacıyla doğal bağışıklığın koruyucu gücüne inanmış, bu süreçte bitkisel yöntemler ve inanç temelli uygulamalar ile sağlıklarını desteklemişlerdir.

Sonuç ve Öneriler

Elde edilen bulgular, toplumda artan aşı tereddüdünün yalnızca bilgi eksikliğinden değil, aynı zamanda sağlık otoritelerine duyulan güvensizlik, dayatma, belirsizlik, toplumsal etiketlenme ve sağlık iletişiminden etkilendiğini ortaya koymaktadır. Aşı tereddüdü olan bireyler, toplumsal baskı ve damgalanma nedeni ile alternatif bağışıklık yaklaşımlarına yönelmekte ve dışlanmaktadırlar. Bulgular, aşıya yönelik kamu güveninin yeniden tesis edilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Aşıya güveni sağlamak için empati temelli iletişim ve kültürel duyarlılığa sahip stratejiler ile konu hakkındaki tüm bilinenlerin tüm şeffaflığı ile paylaşılmasının gerekli olduğunu göstermektedir. Hemşirelerin aktif rol aldığı model temelli çalışmalar ile toplumun düşünce, duygu ve davranışları değiştirmeleri desteklenebilir. Araştırma sonuçlarının, Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ve aşı politikaları üzerine çalışan bilim kurulları açısından, halkın aşı kabulünü artırmaya yönelik çalışmalara katkı sunacağı düşünülmektedir. Aşılar konusunda güvenin yeniden inşası; aşı kabulünü artırmak ve toplum sağlığını sürdürülebilir biçimde korumak için kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Aşı tereddüdü, bağışıklama, nitel araştırma, pandemi, sağlık eğitimi

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S063]
MERSİN'DE ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE KOMPLO ZİHNİYETİ VE AŞIYA İLİŞKİN TUTUMUN ARAŞTIRILMASI

***Deniz Erdal*[1], *Tayyar Şaşmaz*[2]**
[1]*İstanbul Sultangazi İlçe Sağlık Müdürlüğü*
[2]*Mersin Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

Giriş-Amaç

Aşılama, bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve toplum sağlığının korunmasında en etkili halk sağlığı uygulamasıdır. Aşıların güvenli ve etkili olduğu vurgulanmasına rağmen, son yıllarda artan aşı kararsızlığı ve reddi, Dünya Sağlık Örgütü'nün 2019'da bu durumu en önemli 10 küresel sağlık sorunu arasında göstermesine neden olmuştur. Geleceğin ebeveynleri ve toplumda etkili roller üstlenecek bireyler olan üniversite öğrencilerinin aşıya yönelik tutumları bu nedenle büyük önem taşımaktadır. Bu araştırmanın amacı, üniversite öğrencilerinin aşıya ilişkin tutumunun komplo zihniyeti ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisini araştırmaktır.

Gereç-Yöntem

Kesitsel tipte planlanan bu araştırma Mersin'deki dört üniversitede öğrenim gören öğrencilerde yapıldı. Minumum örneklem büyüklüğü; Evrende 54282 öğrenci, aşı kararsızlığı prevalansı %20, %95 güven aralığı, ±3 hata payı, 1.5 desen etkisi alınarak 1012 olarak hesaplandı. Çalışmaya alınan öğrenciler üniversite ve okul türüne göre tabakalı örneklem yöntemi ile seçilmiş ve her üniversiteden en az bir fakülte ve en az bir yüksekokul alınması kararlaştırılmıştır. Çalışmada, sosyodemografik bilgiler, aşılanma davranışları, Komplo Zihniyet Anketi ve Aşıya İlişkin Tutumlar Ölçeğini kapsayan ve toplamda 38 sorudan oluşan bir veri formu kullanılmıştır. Verinin analizinde; tanımlayıcı istatistikler, ki-kare analizi, ANOVA, Binary Logistik Regresyon Analizi ve Regresyon Tree Analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<=0.05$ olarak kabul edildi. Araştırma için Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 13/12/2023 tarih 2023/859 sayılı etik kurul ve üniversite rektörlüklerinden resmi izin alındı. Araştırma, bir tıpta uzmanlık tezinden türetilmiştir. Yazarlar arasında çıkar çalışması ve finansal destek bulunmamaktadır.

Bulgular

Çalışmaya %66.0'ı kadın, %50.1'i 21-23 yaş aralığında olmak üzere toplamda 1176 öğrenci katılmıştır. Öğrencilerin 215'inin (%18.3) aşıya karşı olumlu tutuma sahip olduğu saptanmıştır. Tekli analizlerde komplo zihniyetinin aşıya karşı olumsuz tutumu artırdığı ($p<0.05$) bulunmasına karşın, Binary Logistik Regresyon analizinde anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Binary Logistik Regresyon modelinde aşıya ilişkin olumlu tutumu fakültede öğrenci olmak 3.6 kat, babanın üniversite mezunu olması 4.9 kat, ailesinde aşı kararsızlığı/karşıtlığı olmaması 2.0 kat, aşı sonrası sağlık sorunu yaşanmaması 1.7 kat, aile ve sık görüşülen akrabalarda eczacı bulunması 0.5 kat, aşılarla ilgili bilginin bilimsel yayınlardan sağlanması 1.9 kat ve çocuklara yapılan aşıların ücretsiz olduğunun bilmesi 2.2 kat artırmaktadır ($p<0.05$). Regresyon Tree modeline göre, aşıya ilişkin olumlu tutumda olanları ayırmada en etkili değişkenin fakültede öğrenim görmek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$).

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak üniversite öğrencilerinde aşıya ilişkin tutumun orta düzeyde olduğu ve olumlu tutumu etkileyen en önemli faktörün de fakültede öğrenim görme olduğu tespit edilmiştir. Diğer önemli faktörler; baba eğitim seviyesinin yüksek olması, ailede aşı kararsızlığı/karşıtlığının bulunmaması, aşı sonrası sağlık sorunu yaşamama, ailede ve sık görüşülen akrabalarda eczacı olmaması, aşılarla ilgili başlıca bilgi kaynağının bilimsel makaleler olması ve ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından çocuklara yapılan aşıların ücretsiz olduğunun bilinmesi olduğu belirlenmiştir.

Aşı ve bağışıklama konusunda; i) üniversite öğrencilerine, özellikle yüksekokul öğrencilerine yönelik güncel bilgilerin verilmesi, ii) eczacı ve eczacılık öğrencilerine ayrıca daha kapsamlı eğitimlerin verilmesi; iii) popülasyonda aşı kararsızlığı/karşıtlığının yüksek ve baba eğitim düzeyinin düşük olduğu yerlerde halk eğitimlerinin yapılması; iv) üniversite öğrencilerinin bilimsel bilgilere ulaşmasının kolaylaştırılması ve teşvik edilmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: Aşı kararsızlığı, öğrenciler, prevalans, tutum, üniversiteler

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S064]
BİR İLDEKİ KIRIM KONGO KANAMALI ATEŞİ VAKALARININ RETROSPEKTİF OLARAK İNCELENMESİ: 2002-2024

***Hümeyra Yılmaz*, Rıza Çıtıl, Mücahit Eğri**
Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi virüsü (KKKAV), Bunyavirales takımının Nairoviridae familyasında yer alan, kene kaynaklı zoonotik bir patojendir. Virüs ilk olarak 1940'lı yıllarda Sovyet askerlerinin Kırım'ı işgal etmelerinin ardından gelişen kanamalı ateş vakaları sırasında tanımlanmıştır. Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA), vektörü olan Hyalomma cinsi kenelerin geniş ekolojik dağılımı nedeniyle, dünya genelinde en yaygın görülen kene kaynaklı viral hastalık konumundadır. Her yıl dünya genelinde yaklaşık 10.000–15.000 KKKA vakası bildirilmektedir. KKKA enfeksiyonu asemptomatik seyredebileceği gibi, şiddetli hemorajik tablolara da yol açabilmektedir. Olguların genel fatalite oranı %10–40 arasında değişmekle birlikte, Türkiye'de bu oranın dünya ortalamasına göre daha düşük olduğu (%4–5) bildirilmektedir. Bununla birlikte, hastalığa ilişkin küresel ve bölgesel ölçekte güvenilir epidemiyolojik verilerin sınırlı olması nedeniyle, gerçek vaka sayıları ve mortaliteye ilişkin tahminlerin doğruluğu kısıtlıdır. Bu çalışma ile, KKKA yönünden endemik bir bölge olan Tokat ilinde 23 yıllık döneme ait KKKA verilerinin retrospektif olarak incelenmesi, yaş ve cinsiyet gibi değişkenlerin mortalite üzerindeki etkilerinin belirlenmesi ve zaman içerisindeki epidemiyolojik eğilimlerin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Bu araştırma, 2002–2024 yılları arasında Tokat ilindeki KKKA olgularının retrospektif olarak incelendiği, tanımlayıcı ve analitik nitelikte bir epidemiyolojik çalışmadır. Etik kurul onayı (Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, 27.01.2025, 25-MOBAEK-035) ve Tokat İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli yasal izinler (06.05.2025tarih ve 275435633 sayılı yazı) alındıktan sonra, 2002–2024 yıllarına ait olgu verileri KKKA Bilgi Sistemi'nden temin edilmiştir. Elde edilen veriler IBM SPSS Statistics for Windows, Version 29.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) paket programına aktarılmıştır. Veri temizliği sürecinde eksik gözlemler, aykırı ve uç değerler değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra yaş ve cinsiyete göre mortalite farklarını belirlemek için ki-kare testi, mortaliteyi etkileyen faktörleri incelemek için lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Yıllara göre epidemiyolojik göstergelerin hesaplanmasında Tokat İl Sağlık Müdürlüğü kayıtları ve Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) yıllık nüfus verileri kullanılmıştır.

Bulgular

Toplam 4.265 KKKA vakası değerlendirildi. Vakaların %38.1'i (n=1.626) kadın, %61.9'u (n=2.639) erkekti. Olguların %73.7'si (n=3.145) 2011–2024 yılları arasında görülmüştü. Ortalama yaş 42.35±21.58 (dağılım: 0–96 yıl) idi. Tüm olguların %3.1'i (n=133) ölümle sonuçlanmıştı. Yaş ile mortalite arasında anlamlı bir pozitif ilişki bulundu ($p<0.001$). Ayrıca, 2002–2005 yılları arasındaki dönemde mortalite oranının, son üç yıla kıyasla yaklaşık üç kat daha yüksek olduğu saptandı ($p=0.007$; GA: 1.375–7.460).

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma, Tokat ilinde 23 yıllık süreçte (2002–2024) KKKA vakalarının epidemiyolojik özelliklerini ve mortaliteye etki eden faktörleri ortaya koymuştur. Sonuçlar, hastalığın bölge için halen önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam ettiğini göstermektedir. Özellikle yaşlı bireylerdeki yüksek ölüm oranı, risk gruplarına yönelik koruyucu önlemlerin ve erken başvuru bilincinin güçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Hastalığın sürdürülebilir biçimde kontrol altına alınabilmesi için sürekli sürveyans, vektör kontrolü ve toplum temelli farkındalık çalışmalarının etkin bir biçimde sürdürülmesi büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: KKKA, vaka, retrospektif, endemik

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S065]
TÜRKİYE'DE 1990–2021 YILLARI ARASINDA ŞİZOFRENİYE BAĞLI HASTALIK YÜKÜNÜN (DALY) ZAMANSAL EĞİLİMLERİ: JOINPOINT REGRESYON ANALİZİ

***Ali Köse*[1], *Zeynep Sedef Varol*[2], *Gül Ergör*[1]**
[1]*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[2]*İzmir Demokrasi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

Giriş-Amaç

Şizofreni, bireylerde ciddi işlev kayıplarına ve uzun süreli bakım gereksinimine yol açan, dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunudur (1). Şizofreni, hem bireysel hem de toplumsal düzeyde yaşam kalitesini düşürmekte, üretkenliği azaltmakta ve sağlık sistemleri üzerinde önemli bir ekonomik yük oluşturmaktadır (1). Bu nedenle, hastalığın zaman içindeki seyirlerinin izlenmesi, toplum sağlığının korunması, risk gruplarının belirlenmesi ve kaynakların etkin bir şekilde planlanması açısından kritik öneme sahiptir (1). Bu çalışmanın amacı, Türkiye'de 1990–2021 yılları arasında şizofreniye bağlı yaşa göre standardize edilmiş hastalık yükü (DALY) değerlerindeki zamansal eğilimleri incelemektir.

Gereç-Yöntem

Bu araştırma tanımlayıcı tipte bir epidemiyolojik çalışmadır. Çalışmada, Sağlık Ölçütleri ve Değerlendirme Enstitüsü (Institute for Health Metrics and Evaluation – IHME) tarafından yayımlanan Küresel Hastalık Yükü (Global Burden of Disease – GBD) 2021 veri seti kullanılmıştır. GBD veri setleri, 100'den fazla ülkeden 1800'ün üzerinde araştırmacının katkılarıyla oluşturulmakta ve dünya genelindeki en kapsamlı epidemiyolojik veritabanlarından biridir. Bu veri seti, çeşitli hastalık ve yaralanmalara ilişkin insidans, prevalans, mortalite ve yeti yitimine ayarlanmış yaşam yılı (DALY) göstergelerini içermektedir. Veriler, IHME tarafından kamuya açık olarak yayımlanmaktadır ve araştırmacılar tarafından erişilebilir durumdadır. Çalışmada bağımlı değişken olarak şizofreniye bağlı yaşa standardize edilmiş DALY değerleri, bağımsız değişken olarak ise yıllar kullanılmıştır. Türkiye'ye ait 1990–2021 dönemi verileri değerlendirilmiştir. Analizlerde, DALY değerlerindeki zamansal değişim ve istatistiksel olarak anlamlı kırılma noktaları Joinpoint regresyon analizi ile incelenmiş; her döneme ait Yıllık Yüzde Değişim (APC) değerleri raporlanmıştır.

Bulgular

Toplam nüfusta şizofreniye bağlı DALY değerleri 1990–2021 arasında dalgalı bir seyir göstermiştir. Joinpoint analizine göre dört anlamlı kırılma noktası saptanmıştır. 1990–1999 döneminde anlamlı artış (APC=+%0,04; p<0,05), 1999–2004 arasında anlamlı azalma (APC=–%0,07; p<0,05) görülmüştür. 2004–2015 arasında yeniden artış (APC=+%0,03; p<0,05) ve 2015–2019 döneminde bu artışın hızlandığı (APC=+%0,11; p<0,05) izlenmiştir. 2019–2021 döneminde ise DALY değerlerinde anlamlı bir düşüş (APC=–%0,20; p<0,05) gözlenmiştir. Erkeklerde eğilim, toplam nüfusa göre daha belirgin dalgalanmalar göstermiştir.1990–1992 döneminde artış (APC=+%0,15; p<0,05), 1992–2007 arasında azalma (APC=–%0,03; p<0,05) ve 2007–2010 döneminde keskin artış (APC=+%0,20; p<0,05) izlenmiştir. 2010–2015 döneminde azalma (APC=–%0,05; p<0,05), 2015–2019'da yeniden artış (APC=+%0,18; p<0,05) ve 2019–2021 döneminde belirgin düşüş (APC=–%0,30; p<0,05) kaydedilmiştir. Kadınlarda ise eğilim daha durağan seyretmiştir. 1990–1993 (APC=+%0,08; p<0,05) ve 1993–2000 (APC=+%0,03; p<0,05) dönemlerinde artış, 2000–2010 arasında iki azalış dönemi (APC=–%0,04 ve –%0,05; p<0,05), 2010–2015'te artış (APC=+%0,03), 2015–2019'da azalma (APC=–%0,05), 2019–2021 döneminde ise yeniden artış (APC=+%0,17; p<0,05) gözlenmiştir.

Sonuç ve Öneriler

1990–2021 döneminde Türkiye'de şizofreniye bağlı DALY değerleri toplam nüfusta dalgalı bir seyir izlerken, erkeklerde bu değişim daha belirgin, kadınlarda ise daha durağan olmuştur. Erkeklerde 2007–2010 ve

2015–2019 dönemlerinde artışlar, 2019–2021'de ise keskin bir azalma görülürken; kadınlarda 1990'ların başındaki artışın ardından 2000–2010 arasında azalma, son yıllarda ise yeniden hafif bir artış gözlenmiştir. 2019 sonrası dönemde erkeklerdeki DALY değerlerindeki azalma, ruh sağlığı hizmetlerine erişim, tanı ve tedavi olanaklarındaki iyileşmelerle ilişkili olabilir. Bununla birlikte, COVID-19 pandemisi sırasında şizofreni hastalarının sağlık hizmetlerine erişiminde yaşanan kısıtlanmalar da 2019 sonrasındaki dönemde DALY düşüşünü kısmen açıklayabilir. Kadınlarda son yıllarda gözlenen artış eğilimi ise, cinsiyet temelli farkların yakından izlenmesi gerektiğini göstermektedir. Bulgular, Türkiye'de ruh sağlığı politikalarının cinsiyete duyarlı biçimde planlanmasının önemine işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, hastalık yükü, joinpoint regresyon

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S066]
BİR KAMU HASTANESİNİN AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİKLERİNE BAŞVURAN HİPERTANSİYON HASTALARININ SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİ VE HASTALIKLARI KONUSUNDA TANIMLAYICI BİR ARAŞTIRMA

***Nur Sima Sekban*[1], *Ahmet Ünal*[2], *Dilek Aslan*[3]**
[1]*Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tonya Devlet Hastanesi*
[2]*Tonya Devlet Hastanesi*
[3]*Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

Giriş-Amaç

"Sessiz katil" olarak da adlandırılan hipertansiyon, neden olduğu hastalık ve maliyet yükünden dolayı günümüzde en önemli küresel halk sağlığı sorunlarından biridir. Hipertansiyonun oluşum ve seyrinde davranışsal risk faktörlerinin majör etkisi olduğu bilinmektedir. Davranışsal risk faktörlerini minimize etmek için olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesi kritik öneme sahiptir ve bu noktada sağlık okuryazarlığı kavramı ön plana çıkmaktadır. Sağlık okuryazarlığı (SOY); sağlık bilgisine ulaşabilme, bu bilgiyi anlayabilme, yorumlayabilme, karar verebilme ve davranışa dönüştürebilme becerisi olarak tanımlanmaktadır. Bu çalışmanın amacı; hipertansiyon hastalarının sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve hastalıkları ile ilgili bilgi ve uygulamalarının saptanmasıdır.

Gereç-Yöntem

Tanımlayıcı tipteki bu araştırmaya 29 Nisan-23 Ekim 2024 tarihleri arasında Trabzon Tonya Devlet Hastanesi aile hekimliği polikliniklerine herhangi bir nedenle başvurmuş hipertansiyon tanısı olan bireyler katılmıştır. Katılımcıların dahil olma kriterleri; 18 yaş üstünde, okuryazar, hipertansiyon tanısı almış ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmaktır. Çalışmaya ortalama düzeyde okuryazar olduğunu belirten bireyler de dahil edilmiştir. Araştırmanın verilerinin toplandığı birime günde ortalama 10 hipertansiyon hastası başvurmaktadır. Mükerrer başvurular çalışmaya dahil edilmemiştir. Sonuç olarak, araştırmaya katılmaya uygun 167 kişi tespit edilmiş ve bu kişilerin 134'ü çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Katılımcılar, araştırmacılar tarafından hazırlanan veri toplama formunu gözlem altında doldurmuşlardır. Anlaşılmama, vb. nedenlerle talep edilmesi halinde formda yer alan sorular araştırmacılar tarafından okunmuş ve katılımcıların verdikleri yanıtlar forma işlenmiştir. Veri toplama formu "sosyodemografik özellikler", "yaşam tarzı ve sağlıkla ilgili riskli davranışlar", "genel sağlık/hastalık durumu", "hipertansiyon ile ilgili bilgi düzeyleri ve bilgi kaynakları", "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32)" ve "hipertansiyon hastalığı ilgili sorular" olmak üzere altı bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın tanımlanan değişkeni SOY düzeyleri iken bazı tanımlayan değişkenler sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim vb.), hastalık durumları ve hastalıkları ile ilgili bilgi ve davranış özellikleridir. Veri analizi SPSS 27.0 versiyonu ile yapılmıştır. Frekans dağılımları, frekans tabloları kullanılarak gösterilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde temel istatistiksel analizlerin yanı sıra değişkenler arasındaki anlamlı farklılaşmaları değerlendirmek için Bağımsız Grup T Testi kullanılmış ve $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışma, katılımcıların %67,2'sinin sorunlu veya yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyleri olduğunu ve yalnızca %25,4'ünün yeterli düzeyde sağlık okuryazarlıkları olduğunu ortaya koymuştur. Katılımcıların %33,3'ünün kan basıncının yükselmesi durumunda kanıta dayalı olmayan uygulamalara güvendiği, %54,9'unun ise semptomların yokluğunda rutin kan basıncı takibini ihmal ettiği görülmüştür. Katılımcıların %72,7'si günlük antihipertansif kullandığını bildirmesine rağmen, %56,7'si ilaç isimlerini hatırlayamamaktadır. Komorbiditelerin yaygın olduğu saptanmıştır (%77,6). Sağlık bilgi kaynağı olarak öncelikle doktorlar (%91)

tercih edilmektedir. Düşük ortalama SOY değerleri ile öğrenim durumu, hastalığı ile ilgili algı, güvenilir olmayan bilgi kaynağına başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yönleri: Çalışmanın tek merkezde yapılması, verilerin hastaların beyanına dayalı olarak toplanması ve araştırmada neden ve sonuç ilişkisi ortaya konulamaması araştırmanın kısıtlılıklarındandır. Araştırmanın toplumda sık görülen bir hastalık olan hipertansiyon konusunda yapılmış olması, hipertansiyon hastalarının sağlık okuryazarlık düzeyine ve ilişkili faktörlerin araştırılmasına odaklanmış olması ise araştırmanın güçlü yönleri arasındadır.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada, sağlık okuryazarlığı düzeylerinin önemli ölçüde sorunlu-sınırlı veya yetersiz olduğu görülmüştür. Katılımcıların hipertansiyon yönetimi ve takibi konusunda bilgi eksiklikleri olduğu görülmüştür. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili çalışmalar çeşitlendirilmelidir. Çalışmada güvenilir bilgi kaynağı olarak en çok doktorların tercih edildiğinin görülmesi, birinci basamak hekimleri aracılığıyla yapılacak eğitim müdahalelerinin hipertansiyon kontrolünü iyileştirmek açısından önemli bir adım olacağını düşündürmektedir. Ayrıca hasta-hekim iletişimini güçlendirecek çalışmalar yapılması da sürece katkı sağlayacaktır.

Finansal Destek: Bu araştırma herhangi bir fon kuruluşundan/sektöründen hibe almamıştır.

Çıkar Çatışması: Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan eder.

Etik Konular: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Araştırma Etik Kurulu (19.03.2024, SBA 24/188), Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü ve Tonya Devlet Hastanesi'nden gerekli yazılı etik izinler alınmıştır. Katılımcılardan veri toplama formları doldurulmadan önce aydınlatılmış onam alınmıştır. Makale, yayınlanmak üzere değerlendirmeye alınması için "Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care" dergisine gönderilmiştir, 20.10.2025 tarihi itibarıyla makale halen değerlendirme aşamasındadır.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, bulaşıcı olmayan hastalıklar, hastalık yönetimi, sağlık okuryazarlığı

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S067]
MANİSA'DA 18-64 YAŞ ARASI BİREYLERDE OBEZİTE FARKINDALIĞI VE OBEZ BİREYLERE YÖNELİK TUTUM

İlknur Oruç Özdemir, Berna Bilgin Şahin, Nur Pınar Bacaksız, Yiğit Bozkurt, Petek Çetin, Necati Berk Ersöz, Berkay Hergül, Nazlı Selen Kürbüz, A. Kaan Mutlu, Sıla Sağnak
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç

Dünyada sıklığı giderek artan obezite; yaşamı tehdit edecek düzeylere ulaşan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Obezite Atlası 2025 verilerine göre Türkiye'de 2025 yılında yetişkinlerin %71'i fazla kilolu %36'sı obezdir. Obeziteye ilişkin tutumların belirlenmesi, obezitenin önlenmesi ve yönetimine yönelik toplum temelli müdahalelerin etkinliğini arttırmada önemli bir basamaktır Toplumda obezite farkındalığının arttırılması da, sağlıklı yaşam davranışlarının benimsenmesi ve obezitenin azaltılması açısından önemlidir. Çalışmanın amacı, Manisa'da seçilen iki mahallede 18-64 yaş arası bireylerde obezite farkındalığı ve obez bireylere karşı tutumun değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem

Yürütülen kesitsel tipteki bu araştırmanın evrenini rastgele seçilen iki mahalledeki 18-64 yaş arası 5789 kişi oluşturmaktadır. Örnek büyüklüğü; G Power programı yardımıyla çift yönlü hipotez, 0.5 etki büyüklüğü, tip 1 hata 0.05, güç 0.90 alınarak ve mahalle nüfuslarından dolayı gruplar arası fark 3 kat alınarak 228 hesaplanmış, 240 kişi hedeflenmiştir. Veriler küme örneklem yöntemiyle toplanmıştır. Katılım oranı %71,4'tür. Araştırmanın bağımlı değişkenleri 18-64 yaş bireylerde obezite farkındalığı ve obez bireylere yönelik tutumdur. Obezite farkındalığı 2014 yılında Kafkas ve Özen tarafından 20 madde ve 3 alt boyut olarak Türkçe'ye uyarlanan, 5'li likert yapıda Obezite farkındalık Ölçeği(OFÖ) ile ölçülmüştür. Obez Bireylere Yönelik Tutum Dedeli ve ark. tarafından 2014 yılında Türkçe'ye uyarlanan, 20 soruluk, 6'lı likert tipi Obez Bireylere Yönelik Tutum Ölçeği(OBYTÖ) ile değerlendirilmiştir. Alınan toplam puanlar arttıkça kişilerin obezite farkındalığı artmakta ve obez bireylere yönelik tutum iyileşmektedir. Araştırmanın bağımsız değişkenleri sosyodemografik özellikler, sosyal sınıf(Boratav'a göre) beden kitle indeksi (BKİ), alışkanlıklar, sağlık algıları, ailede obez birey varlığı, beslenme düzeni, mevcut ağırlıklarından memnuniyet durumları ve kilo verme girişimi olup olmamasıdır. Tanımlayıcı veriler; sayı, yüzde, ort±ss, ortanca(min-max) ile, tek değişkenli analizler Student's T Testi ve ANOVA, çok değişkenli analiz ise tutum medyandan bölünerek ikiye kategorize edilmiş, lojistik regresyon analizi ile SPSS 23.0 programı ile değerlendirilmiştir. Tip 1 hata değeri 0.05 kabul edilmiş, MCBÜ Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan ve anket uygulanan kişilerden onay alınmıştır.

Bulgular

Araştırma grubunun %55.0'i kadın, %55.0'i evli, %25.0'i yarı kentsel mahallede yaşamakta ve yaş ortalaması 40,69±14,48'dir. Araştırma grubunun eğitim durumu %29,2'sinin lise, %47,1'inin yüksekokul ve üzeridir. Katılımcıların BKİ ortalaması 26.12±5.31'dir ve %29,2'si fazla kilolu,%20,8'i obez ve %37,5'inin ailesinde obez birey bulunmaktadır. OFÖ toplam puan ortalaması 79.82 ± 9.9; OBYTÖ toplam puan ortalaması ise 58.98 ± 15.44 bulunmuştur. Tek değişkenli analizlerde sağlık güvencesi olanların olmayanlara göre, çekirdek aile tipinde olanların geniş/parçalanmış aile tipine göre, aylık kişi başı mutfak masrafı 4000-8000 TL arasında olanların, 8.000 TL üstü olanlara göre, eş eğitimi yüksekokul ve üzeri olanların lise ve altı olanlara göre obezite farkındalığı anlamlı düzeyde daha iyi bulunmuştur. Obez bireylere yönelik tutum açısından, kentsel mahallede yaşayanlar yarı-kentsel mahallede yaşayanlara göre, menopoza girmeyenler girenlere göre, önceden kilo verme girişimi olanlar olmayanlara göre, eğitim durumu yüksekokul üzerinde olanlar ortaokul ve altı olanlara göre, eşinin eğitim düzeyi lise üzerinde olanlar, ortaokul

ve altı olanlara göre, üst sosyal sınıf olanlar, alt sosyal sınıf olanlara göre, aylık kişi başı mutfak masrafı 8000 TL ve üzeri olanlar 0-4000 TL arası olanlara göre daha olumlu bir tutuma sahiptir. Çok değişkenli analizde ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip olmak yüksekokul ve üzerine göre obez bireylere yönelik kötü tutumu 3.6 kat arttırmaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Araştırma grubunun obezite farkındalığı yüksek, obez bireylere yönelik tutumu nispeten olumsuzdur. Obezite farkındalığını etkileyen en önemli değişkenler sağlık güvencesi varlığı, çekirdek aile yapısı, eşin eğitimli olması ve kişi başına düşen mutfak masrafının orta düzeyde olmasıdır. Tutumu etkileyen en önemli faktör ise yüksek eğitim düzeyine sahip olmaktır. Obezite tarama, izlemi ve farkındalığı konusundaki çalışmalar 1. Basamakta devam ettirilmeli, sosyal medya ve kamu spotları ile halk bilgilendirilmeli, okullarda beslenme eğitimi ders programlarına entegre edilmeli, eğitim düzeyi düşük bölgelerde görsel materyallerle farkındalık arttırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Beden kitle indeksi, obez bireylere yönelik tutum, obezite farkındalık

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S068]
BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURANLARDA KANSER TARAMALARI BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

***Mert Aykut Akbulak*[1], *Meltem Çöl*[2]**
[1]*Mardin Artuklu İlçe Sağlık Müdürlüğü*
[2]*AÜTF Emekli Öğretim Üyesi*

Giriş-Amaç

Kanser tarama programları, kansere bağlı gelişen morbidite ve mortaliteyi azaltmada oldukça etkilidir. Ülkemizde meme, serviks kanseri ve kolorektal kanserler için uygun yaş gruplarına yönelik rutin kanser tarama programları uygulanmakla birlikte yayınlanan veriler oldukça sınırlı, belirlenen tarama oranları da düşüktür. Tarama programlarına katılımın yetersiz olması nedeniyle taramalara yönelik bilgi ve tutum ile taramalara katılımın ve bunlar üzerine etkili faktörlerin belirlenmesi gerekli müdahalelerin planlanması açısından önemlidir. Bu araştırmanın amacı, Ankara'da bir aile sağlığı merkezine (ASM) başvuran 30-70 yaş arası bireylerin kanser taramalarına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemek ve ilişkili etmenleri ortaya koymaktır.

Gereç-Yöntem

Araştırma kesitsel tipte olup sosyoekonomik düzeyi yüksek bir bölge olan Ankara Çankaya 1 No'lu ASM'ne başvuran 30-70 yaş arası bireylerde yürütülmüştür. Bu yaş grubunda ASM'ye 5660 kişi kayıtlıdır. Minimum örneklem hacmi %5 hata payı, bilinmeyen sıklık %50 alınarak 360 olarak hesaplanmıştır. ASM'ye kayıtlı kişilerin listesi verilemediğinden örneklem listeler üzerinden seçilmemiş olup, araştırmaya 15 Ocak-15 Mart 2024 tarihleri arasında ASM'ye herhangi bir nedenle başvuran ve ulaşılan 30-70 yaş arası 403 kişi dahil edilmiştir. Okuryazar olmayan ve veri toplama formundaki soruları yanıtlayamayacak düzeyde bilişsel veya fiziksel engeli bulunan bireyler alınmamıştır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri; Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği ve Tutum Ölçeği'nden alınan puanlar ile kanser tarama testlerini yaptırma durumudur. Bağımsız değişkenler; sosyodemografik özellikler, genel sağlık durumu algısı, alışkanlıklar, kronik hastalık öyküsü, kendisinde, ailede ve tanıdıklarında kanser öyküsü, kanser nedeniyle bir yakınını kaybetme durumu, tarama testi önerilme ve kanser taramaları hakkında bilgilendirilme durumudur. Ayrıca Bilgi ve Tutum Ölçeği puanları da testleri yaptırma durumu ile karşılaştırılmıştır. Veriler toplanırken, araştırmacı, kişilerle birebir görüşerek bilgilendirmiş, anket formu ve ölçekler katılımcılar tarafından doldurulmuştur. Öztürk ve Uyar tarafından geliştirilen Bilgi Ölçeği'nden alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 25'tir. Ölçekten alınan yüksek puan bilgi düzeyinin yüksekliğini gösterir. Ayrıca 17,5 ve üzeri puanın yeterli bilgi düzeyi sınırı olarak kullanılabileceği belirtilmiştir. Öztürk ve ark. tarafından geliştirilen Tutum Ölçeği'nden alınabilecek en düşük puan 24 ve en yüksek puan 120'dir. Katılımcıların puanları 120'ye yaklaştıkça taramalara yönelik tutumlarının olumlu olduğu yönünde yorumlanmalıdır. Araştırma için Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Etik Kurulundan 29.11.2023 tarihinde İ10-735-23 numaralı kararla onay alınmıştır. Analizler SPSS versiyon 25 programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler yanı sıra sayısal değişkenler için Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi, kategorik değişkenler için Ki-kare testi kullanılmıştır. Anlamlı fark bulunan değişkenlerle çoklu lineer regresyon ve çoklu lojistik regresyon analizleri yapılmıştır.

Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması 48,29±11,13 olup, %61,5'i kadın, %60,3'ü evli, %68,2'sinin eğitim düzeyi üniversite ve üzeridir. Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği puan ortalaması 15,59 ± 4.45'tir. Bilgi Ölçeği'nden 17,5 ve üzeri puan alanların oranı %44,2'dir. Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği puan ortalaması 98,84 ± 13,23'tür. Çoklu analiz sonuçlarına göre, kadınların bilgi puanı daha yüksektir (p=0,016). Tutum puanı ise, evlilerde (p=0,025), eğitimi üniversite ve üzeri olanlarda (p=0,04), bir

yakınını kanserden kaybedenlerde (p=0,017), tarama testi önerilenlerde (p=0,02) daha yüksektir. Yaşamında en az bir defa mamografi çektiren 30-65 yaş arası kadınların oranı %40,9, son 2 yılda çektirenlerin oranı %34,7'dir. Ayda bir kendi kendine meme muayenesi yapan kadınların oranı %23,8, yılda bir klinik meme muayenesi yaptıranların oranı %13,3'tür. Yaşamında en az bir defa smear ve/veya HPV/DNA testi yaptıran 30-65 yaş arası kadınların oranı %45,3 iken, son 5 yılda yaptıranların oranı %38,5'tur. Yaşamında en az bir defa GGK yaptıran 50-70 yaş arası bireylerin oranı %25,6, son 2 yılda yaptıranların oranı %16,5'tur. Yaşamında en az bir defa kolonoskopi yaptıran 50-70 yaş arası bireylerin oranı %17,6, son 10 yılda yaptıranların oranı %17'dir. Smear, mamografi ve GGK testi en çok kamu hastanelerinde, HPV/DNA testi ise en çok KETEM'de yapılmıştır. Çoklu lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre; en az bir defa mamografi çektirme durumu 50-59 yaş grubunda 40-49 yaş gurubuna göre (p=0,017), eğitimi üniversite ve üzeri olanların lise ve altına göre (p=0,046), tarama testi önerilenlerin önerilmeyenlere göre (p=0,016) daha yüksektir. En az bir defa smear ve/veya HPV/DNA testi yaptırma durumu, 50-59 yaş grubunda 30-39 yaş grubuna göre (p=0,009), evlilerin bekarlara göre (p=0,021), eğitimi üniversite ve üzerinde olanların lise ve altına göre (p=0,002), tarama testi önerilenlerin önerilmeyenlere göre (p=0,033) ve sağlık çalışanlarında (p=0,005) daha yüksektir. Tarama testi önerilenlerin önerilmeyenlere göre (p=0,005) en az bir defa GGK testi yaptırma durumu daha yüksektir. Eğitimi üniversite ve üzeri olanların lise ve altına göre (p=0,031), kanser öyküsü olanların olmayanlara göre (p=0,001) en az bir defa kolonoskopi yaptırma durumu daha yüksektir. En az bir defa mamografi çektiren kadınların (p=0,013, p<0,001), en az bir defa smear ve/veya HPV/DNA testi yaptıran kadınların (p=0,005, p<0,001), en az bir defa GGK testi yaptıranların (p=0,001, p=0,014) bilgi ve tutum ölçeği puanı hiç yaptırmayanlara göre daha yüksektir. En az bir defa kolonoskopi testi yaptıranların hiç yaptırmayanlara göre(p=0,014) tutum puanı daha yüksektir. Yani bilgi düzeyinin yüksek ve tutumun olumlu olması taramalara katılımı artırmaktadır. Araştırmanın sınırlılıkları değerlendirildiğinde, bir ASM'ye başvurular üzerinden yürütüldüğünden tüm topluma ve ASM'de kayıtlı kişilere genellenemez. Ancak çalışma, kanser taramalarına yönelik bilgi ve tutumu ölçekler vasıtasıyla değerlendirerek ve taramalara katılımı da ortaya koyarak kapsamlı bir değerlendirme olanağı sunmaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Katılımcıların Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği'nden aldıkları puan istenen düzeyde değildir. Bu nedenle, eğitim müdahaleleri ve bilgilendirme çalışmaları yapılmalıdır. Araştırma grubunda kanser taramalarına yönelik tutum görece olumlu bulunsa da tutum üzerinde etkili faktörler olan eğitim durumu ve sağlık çalışanının taramayı önerme durumu göz önüne alınarak gerekli yaklaşımlar geliştirilmelidir. Kanser tarama testlerini yaptırma oranları ülkemizde yapılan çalışmalarla benzerlik gösterirken, özellikle gelişmiş ülkelere göre düşük ve beklenenin altındadır. Tarama oranlarını artırmak için, taramalar davet yoluyla düzenli aralıklarla yapılmalı ve birinci basamakta kanser taramalarına ilişkin kurumların tanıtımları etkili şekilde yürütülmelidir. Sonuç olarak, toplumun bilgi düzeyinin yükseltilmesi ve tutumun olumlu yönde geliştirilmesi sağlanmalı; sağlık sisteminde bu hizmetlerin yeterince kullanımını sağlayacak yaklaşımlar ile toplumda tarama oranları yükseltilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kanser, kanser taraması, bilgi, tutum, davranış

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S069]
SERVİKS KANSERİ TARAMASINA TOPLUM KATILIMINA YÖNELİK TELEFONLA DAVET YÖNTEMİ

***Mustafa Enes Özden*[1], *Yasemin Yener*[1], *Mehmet Ertan Güner*[2], *Furkan Öztürk*[2], *Mehmet Faruk Kınay*[1], *Sultan Eser*[3]**
[1]*Kars Kağızman İlçe Sağlık Müdürlüğü*
[2]*Kars Sarıkamış İlçe Sağlık Müdürlüğü*
[3]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

Giriş-Amaç

Serviks kanseri ülkemizde 30-65 yaş aralığındaki kadınlar için tarama programı kapsamında olmakla birlikte, taramaya katılım oranları düşüktür. Katılımın artırılması için düşük maliyetli farkındalık yöntemlerine ihtiyaç vardır. Bu araştırmanın amacı, Doğu Anadolu Bölgesinde kırsal özellikler gösteren bir ilçede başlatılan telefonla taramaya davet uygulamasına ait verileri tanımlamak ve toplum katılımı üzerindeki olası etkisini incelemektir.

Gereç-Yöntem

Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın evrenini Doğu Anadolu bölgemizde, 45.000 nüfuslu, kırsal özellikler gösteren İlçe Sağlık Müdürlüğü (İSM) bölgesindeki ASM'lerde kayıtlı ve son 5 sene içerisinde test yaptırmamış 30-64 yaş grubundaki 5500 kadın oluşturmaktadır. Serviks kanseri taramalarına ilçe düzeyindeki katılımın artırılmasının sağlanması amacıyla Ağustos 2025'te ilgili İSM bünyesinde HPV-DNA testine başlanmış ve Eylül 2025 itibariyle araştırmanın yapıldığı ilçedeki ASM'lere kayıtlı taramaya uygun (30-65 yaş aralığında, son 5 sene içerisinde test yaptırmamış) kadınlar telefonla aranarak taramaya davet edilmeye başlanmıştır. Uygulama kapsamında ilçedeki ASM'lere kayıtlı tüm kadınlara erişmek hedeflenmiştir. Ekim 2025 itibariyle iş gücünün organizasyonu ve eksikliklerin saptanması amacıyla kadınlara telefonla ulaşılma durumu, kadınların taramaya gelme niyeti ve ikamet ettiği köy/mahalle bilgisi kaydedilmeye başlanmıştır. Aynı dönemde uygulamanın etkililiğini değerlendirilmesi amacıyla da tarama testine gelen kadınların tarama hakkındaki bilgi kaynakları ve daha önce taramaya katılma durumları öğrenilmiştir. Uygulama devam etmekte olup bu bulgular ön analiz sonuçları niteliğindedir. Araştırma kapsamında da örneklem seçilmemiş olup, 3-17 Ekim 2025 tarihleri arasındaki tüm aramalar (n=596) ve teste gelen kişiler (n=82) dahil edilmiştir. Kayıtlar telefonla görüşmeyi yapan ve HPV testini uygulayan kanser biriminde görevli ebe tarafından kimliksizleştirilerek analiz için hazırlanan veri tabanına aktarılmıştır. Verilerin kullanımı amacıyla İlçe Sağlık Müdürlüğü izni ve kaymakamlık oluru alınmıştır. Araştırmanın değişkenleri aranan kişilere ulaşılma durumu, taramaya katılma niyetleri, ikamet özellikleri; taramaya gelen kişilerin daha önce tarama testine katılma durumu, yaşları ve tarama hakkındaki bilgi kaynaklarıdır.

Araştırmanın ana sınırlılığı retrospektif olarak kısa süreli ve hizmet planlama amacıyla toplanan verilerden yapılması dolayısıyla verilerin geriye dönük olarak incelenmesidir. Özellikle katılmayı istemeyenlerin sebepleri yeterince açık kaydedilmemiş olup bu konuda yorum yapmayı sınırlandırmıştır. Araştırma verilerinin analizi IBM SPSS v31 programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı veriler kategorik veriler için sayı (%), sürekli veriler için ortalama ± SS kullanılarak sunulmuştur.

Bulgular

3-17 Ekim 2025 tarihinde aranan 596 kadının %49,7'sine (n=296) ulaşılmıştır. Ulaşılan kadınlardan %77,7'si (n=230) tarama testine katılmayı kabul etmiştir. Aynı tarihlerde test yaptırmaya gelen 82 kadının yaş ortalaması 46,0 ± 10,5 olup, %72,0'ı (n=59) daha önce tarama yaptırmamıştır ve %85,4'ü (n=70) taramaya İSM tarafından aranarak davet edildiği için geldiğini söylemiştir.

Sonuç ve Öneriler

Çalışmamızda, tarama grubundaki kadınlar telefon aramaları ile davet edilmiş, ulaşılanların dörtte üçü

taramaya gelme niyetini bildirmiştir. Aynı dönemde test için gelenlerin %85,4'ü İSM tarafından aranarak davet üzerine geldiklerini belirtmişlerdir. Uygun kişilerin davet edilmesi, organize tarama programlarının önemli bir bileşeni olup ihmal edilmektedir. Çalışmamız, davet uygulamasının taramaların en önemli bileşenlerden biri olduğunu ortaya koymaktadır. Ülkemizdeki tarama uygulamalarında, davet sürecinin ihmal edilmemesi, taramalara katılımları ve tarama etkinliklerini önemli ölçüde artıracaktır. Telefonla davet uygulamasının daha uzun dönemli ve sistematik biçimde sürdürülmesi serviks kanseri tarama programlarının erişimini ve görünürlüğünü güçlendirebilir. Bu hususta özellikle aile hekimleri ve aile hekimliği çalışanları tarafından taramaya uygun kadınların telefonla aranarak davet edilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Serviks kanseri, tarama testi, davet

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S070]
DOĞANKENT SAĞLIK EĞİTİM ARAŞTIRMA BÖLGESİ'NDE AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN 50 YAŞ VE ÜZERİ KİŞİLERDE DİYABET VARLIĞI İLE DİYABET ÖZ-YÖNETİM DURUMUNUN İNCELENMESİ

***Hatice Merve Sadıkoğlu*, Fatma İrem Dağlı, Ayça Nur Arslanpınar, Ertan Kara**
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Diyabet, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde dünya çapında artış gösteren önemli bir halk sağlığı sorunudur. Uluslararası Diyabet Federasyonu'nun 2021 raporuna göre dünyada yaklaşık 537 milyon yetişkinin diyabet hastası olduğu, bu sayının 2045 yılına kadar 783 milyona ulaşmasının beklendiği bildirilmiştir. Tip 2 diyabet, tüm diyabet vakalarının %90-95'ini oluşturur. Tip 2 diyabetli kişiler, diğer insanlara kıyasla en önemli ölüm ve sakatlık nedenleri olan kardiyovasküler hastalıklar, felç ve periferik vasküler hastalıklar açısından daha fazla risk altındadır. Diyabet, sağlık sorunlarının ve komplikasyonların başlangıcı nedeniyle topluluklara ve sağlık sistemine önemli maliyetler yükler. COVID-19 pandemisi ile ilişkili ölümler hariç tutulduğunda, 2021 yılında 20-79 yaş arası yaklaşık 6,7 milyon yetişkinin diyabet veya komplikasyonları nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir. Bu, tüm nedenlerden kaynaklanan küresel ölümlerin %12,2'sine karşılık gelmektedir. Diyabetin en önemli risk faktörleri arasında sayılan obezitenin ülkemizde özellikle 1990-2010 yılları arasındaki hızlı artışı, diyabet prevalansının artmasında önemli bir rol oynamıştır. 1998'de yapılan TURDEP-I saha çalışmasında obezite prevalansı %22 iken, 12 yıl sonra aynı merkezlerde gerçekleştirilen TURDEP-II çalışmasında %31,2'ye ulaşmış; aynı dönem içerisinde diyabet prevalansı ise %7,2'den %13,7'ye yükselmiştir. Özellikle 50 yaş ve üzeri bireylerde diyabet riski belirgin biçimde artmakta; bu yaş grubundaki bireylerde diyabete bağlı mortalite ve morbidite oranları yüksektir. Diyabet tedavisinin temel amacı, bireyin kan şekeri düzeyini hedef aralıkta tutarak komplikasyonları önlemek ve yaşam kalitesini artırmaktır. Tedavi yaklaşımı bireyselleştirilmiş olup; medikal tedavi (oral antidiyabetikler, insülin), tıbbi beslenme tedavisi, fiziksel aktivite, kan şekeri izlemi ve diyabet eğitimi olmak üzere çok boyutludur. Hastanın hastalık hakkında bilgi sahibi olması, yaşam tarzı değişikliklerini benimsemesi ve düzenli kontrollerini yaptırması tedavide başarı için kritik öneme sahiptir. Diyabetin komplikasyonları ile birlikte, bireylerin yaşam kalitesini düşürmekte, iş gücü kaybına neden olmaktadır. Diyabetin etkili yönetiminde bireyin aktif katılımı şarttır. Öz yönetim, bireyin kendi sağlık durumunu izleyerek tedavi planına uygun yaşam tarzı değişikliklerini sürdürebilmesi anlamına gelir. Bu; sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, ilaç uyumu, kan şekeri takibi, ayak bakımı ve hastalıkla başa çıkma becerilerini içerir. Öz yönetim düzeyi yüksek bireylerde glisemik kontrol daha iyi olmakta, komplikasyon riski azalmakta ve sağlık hizmetlerinden daha verimli faydalanılmaktadır. Bu bağlamda çalışmamızın amacı kişilerin diyabet olup olmadıklarını belirlemek, diyabet var ise kişilerin öz yönetim durumlarını ve ilişkili faktörleri incelemektir.

Gereç-Yöntem

Bu çalışma Mayıs 2025- Eylül 2025 tarihleri arasında Doğankent Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesinde ASM'ye başvuran 50 yaş ve üzeri bireylere yapılmıştır. Örneklem büyüklüğü, %50 frekans, %5 Tip 1 hata payı ve %95 güven aralığında, design effect 1 alınarak Epi info programı ile hesaplanmış ve 385 bulunmuş, 332 kişiyle tamamlanmıştır. Çukurova Üniversitesi Etik Kurul Komitesinden etik onay alınmıştır. Katılımcılara sosyodemografik ve diyabetle ilgili sorular içeren anket ve Diyabet Öz-Yönetim Skalası ölçeği yüz yüze uygulanmıştır. Diyabet Öz-Yönetim Skalası; glikoz yönetimi, diyet kontrolü, fiziksel aktivite ve sağlık hizmetleri kullanımı olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Verilerin analizinde SPSS 22 Programı ile frekans, ortalama, standart sapma, minimum, maksimum hesaplanmış; nonparametrik testler (mann-withney-u, binary logistik regresyon) kullanılmıştır.

Bulgular

332 katılımcının yaş ortalaması 60,67±8 (min:50, max:93)'dir. Katılımcıların yaklaşık %35(118)'inde diyabet vardır. Diyabetlilerin %37'si insülin, %78'i ilaç kullanmaktadır. %45'inde tanı konulmuş diyabetle ilişkili sağlık sorunu bulunmuştur. %47'sinin aile öyküsü yoktur. BKI gruplarına göre %23,7'si 1. derece obez; %7,6sı 2. derece obez; %3,4'ü 3. derece obezdir. Yaklaşık %50,8'i fazla kilolu; %14,4'ü ise normal kiloludur. %37,3'ü insülin kullanmaktadır. Komplikasyonlar açısında nörolojik muayene, nefrolojik muayene ve göz muyanesinin son 1 yılda yapılma oranları; %28,8, %50,8 ve %31,4'tür. %44,9'unda diyabetle ilişkilendirilmiş sağlık sorunu mevcuttur(genitoüriner enfeksiyonlar, nöropati, nefropati, retinopati, kalp damar hastalıkları). İnsülin kullanmayanların kullananlara göre toplam ölçek puanı ile diyet kontrol, fiziksel aktivite ve sağlık hizmetleri kullanımı alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir(p=0,003; 0,015; 0,039, 0,026). Komplikasyonlar açısından son 1 yılda muayeneye gidenlerin ölçek alt boyut puanları ve toplam puan ortalamaları daha yüksek olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı değildir. Sağlık hizmetleri kullanımı alt boyutundan gelir durumuna göre ilk yarıdaki kişiler, daha yüksek gelir grubundakilerden yüksek puan almıştır(p=0,038). Diyabetle ilişkilendirilmiş sağlık sorunu olanlar olmayanlara göre; glikoz yönetimi ve fiziksel aktivite alt boyutları ile ölçek toplam puanları daha yüksektir(p=0,007; 0,006; 0,002). Yapılan binary lojistik regresyon analizinde kişilerin diyabetle ilişkili sağlık sorunu varlığı; insülin kullananlarda 4,9 kat daha az (p=0,001), glikoz yönetimi alt boyut puanındaki 1 SD'lik azalmayla 1,42 kat artmakta (p=0,008), yaşa göre düzeltilmiş çalışmama durumunda çalışanlara göre 1,049 kat artmakta (p<0,05); beden kitle indeksine göre fazla kilolu ve obez olanlarda normal olanlara göre 6,387 kat artmaktadır (p=0,023).

Sonuç ve Öneriler

Çalışmada diyabet yaygınlığı Aile Sağlığı Merkezine başvuran 50 yaş ve üzeri 332 bireyde %35 olarak bulunmuştur. İnsülin kullanan diyabet hastalarının Diyabet Öz-Yönetim Ölçeği toplam puanı ile diyet kontrol, fiziksel aktivite ve sağlık hizmetleri alt boyut puanları daha düşük gözlenmiştir(p=0,003; 0,015; 0,039, 0,026). Diyabet hastalarının diyabet öz-yönetimi ile ilgili desteklenmesi hastalıklarının seyrini yavaşlatmak açısından faydalı olabilir. Diyabetle ilişkilendirilmiş sağlık sorunu olanların Diyabet Öz-Yönetim Ölçeği toplam puanı ile glikoz yönetimi ve fiziksel aktivite alt boyut puanları daha yüksek gözlenmiştir(p=0,007; 0,006; 0,002). Sağlık sorunu yaşayan kişilerde diyabet hastalığını kontrol altına alma ve komplikasyonlardan etkilenimi azaltma motivasyonuyla öz-yönetim davranışları artmış olabilir. Binary lojistik regresyon analizine göre, insülin kullanımı diyabetle ilişkili sağlık sorunları açısından koruyucu bir etki göstermekte (OR=0,203), glikoz yönetimi puanındaki azalma ve obezite ise risk faktörü olarak öne çıkmaktadır. Diyabet hastalarında diyabet öz yönetimi ile ilgili farkındalığın ve becerilerinin arttırılması; yaşam tarzı değişikliklerinin benimsetilmesi süreçteki komplikasyonların gelişimi ve sağlık sorunlarından korunmaları açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Diyabet, öz-yönetim, komplikasyon

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S071]
ZONGULDAK İLİNİN BİR İLÇESİNDEKİ KİŞİLERİN VÜCUT KİTLE İNDEKSLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: KESİTSEL ÇALIŞMA

Rabia Çukurlu
Zonduldak İlçe Sağlık Müdürlüğü

Giriş-Amaç

Günümüzde, obezite prevalansı hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde artış göstermektedir. Aşırı kilolu olma durumu, obezite ve vücut kitle indeksindeki (VKİ) artış, obeziteyle ilişkili morbidite riskini artırmaktadır. Bu çalışmada Zonguldak ilinin bir ilçesinde ikamet eden kişilerin boy ve kilo ölçümleri ile vücut kitle indekslerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Kesitsel tipte bir çalışmadır. Zonguldak ilinin belirli bir ilçesinde Mayıs-Temmuz 2025 tarihleri arasında "İdeal Kilonu Öğren, Sağlıklı Yaşa" kampanyası kapsamında boy- kilo ölçümü yapılıp VKI oranı hesaplanan bireyler araştırmaya dahil edilmiştir. Veri toplama için ilçe meydanı, ilçe semt pazarı gibi halkın yoğun bulunabileceği alanlarda stant kurulmuştur. İlçeye bağlı köylere gidilerek halka ulaşılmaya çalışılmıştır. Katılımcıların boy ve kilo ölçümü yapılıp vücut kitle indeksi hesaplanmış, ideal kilo aralığı belirlenmiştir. Araştırma boyunca aynı tartı ve boy ölçer kullanılmış olup ölçümler aynı araştırmacılar tarafından yapılmıştır. Katılımcılara sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin önemi hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Vücut kütle indeks ölçüm değerleri yüksek çıkan kişiler ilçeye en yakın konumdaki toplum sağlığı merkezinde çalışan diyetisyene randevu için yönlendirilmiştir Araştırmanın evrenini Zonguldak ilinin belirli bir ilçesinde ikamet eden 18 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır ve tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Örneklem büyüklüğü obezite sıklığı %40, hata payı %5 ve güven aralığı %95 alınarak 363 kişi olarak hesaplanmıştır. Araştırma sonucu elde edilen veriler SPSS 21.0 programı ile analiz edilmiştir. Araştırmanın bağımlı değişkeni VKİ; bağımsız değişkenleri yaş, cinsiyet, boy ve kilo ölçümleridir. Tanımlayıcı analizlerde frekans verileri sayı ve yüzde olarak, sayısal veriler ise ortalama±standart sapma, minimum-maximum kullanılarak gösterilmiştir. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. Sayısal verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Bağımsız iki grupta normal dağılan sayısal veriler student t testiyle, normal dağılmayan sayısal veriler Mann Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Bağımsız ikiden fazla grupta normal dağılan sayısal verilerin dağılımı One-Way ANOVA testi ile, normal dağılmayan sayısal verilerin dağılımı Kruskal Wallis testi ile değerlendirilmiştir. $p<0,05$ düzeyi anlamlı olarak kabul edilmiştir. Çalışmanın kısıtlılıkları olarak "İdeal Kilonu Öğren, Sağlıklı Yaşa" kampanyası kapsamındaki veriler değerlendirildiği için diğer bağımsız değişkenler değerlendirilememiştir. Mesafe ve ulaşımdaki zorluklar nedeniyle köylerdeki kişilere yeterince ulaşılamamış olabilir. "İdeal Kilonu Öğren, Sağlıklı Yaşa" kampanyasının verileri değerlendirildiği için etik kurul onayı gerekmemiştir, Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğünden araştırma izni alınmıştır. Veri toplama esnasında ilçe sağlık müdürlüğünden ulaşım ve tanıtım amaçlı finansal destek alınmıştır ve çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular

Projeye 18 yaş üzeri 3950 kişi katılım göstermiştir. Katılımcıların %55'i kadın, %45'i erkektir. Katılımcıların %23'ü 61-70 yaş aralığındadır ve katılımcıların %49'u 50 yaş altı, %51'i 50 yaş üzerindedir. Yaş ortalaması 50 ± 15, boy ortalaması 164 ± 9; kilo ortalaması 78 ± 15; VKI ortalaması 28,9 ± 5,6 olarak bulunmuştur. VKİ hesaplamasına göre tüm katılımcıların %1'i zayıf, %24'ü normal kiloda, %37'si fazla kilolu, %39'u obez olarak bulunmuştur. Kadınlarda VKİ ortalaması 29,6; erkeklerde VKİ ortalaması 28 bulunmuştur. Kadınlarda VKİ'nin daha fazla olduğu bulunmuştur ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Obez olanların ($30<=VKI$) oranı kadınlarda %45, erkeklerde %30'dur. Fazla kilolu ($25<=VKI<30$) olanların oranı kadınlarda %31,

erkeklerde %44 olarak bulunmuştur. Normal kilolu oranının %15 ile en az olduğu, obezite oranının %48 ile en yüksek olduğu yaş grubu 51-70 yaş aralığı olmuştur. (p<0,001).

Sonuç ve Öneriler

Çalışma bulgularına göre, araştırmanın yapıldığı ilçede yaşayan her dört kişiden üçü normal kilo aralığının üzerindedir. Toplum genelinde sağlıklı beslenme ve obezite konusunda farkındalığın artırılmasına yönelik çalışmaların güçlendirilmesi gerekmektedir. Obezite oranının en yüksek olduğu 51–70 yaş grubuna yönelik özel politika ve planlamaların geliştirilmesi önemli bir gereklilik olarak değerlendirilmektedir.

Anahtar Kelimeler: İdeal kilo, obezite, vücut kitle indeksi

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S072]
BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN BİREYLERDE KANSER TARAMALARINA YÖNELİK BİLGİ DÜZEYİ VE KATILIM DURUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

***Seçil Nur Kantaş*, Bülent Kılıç**
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Kanser, erken tanı ile mortalite ve morbidite oranları azaltılabilen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Birinci basamakta yürütülen ulusal kanser tarama programlarına katılım oranları istenen düzeyde değildir. Bu nedenle kanser taramalarına katılımı etkileyen faktörlerin incelenmesi gerekmektedir. Bu çalışmada, İzmir Karabağlar 9 No'lu ASM'ye başvuran bireylerde; Ulusal Kanser Tarama Programına yönelik bilgi düzeyi ve bunu etkileyen faktörleri saptamak, Kanser tarama testlerini yaptırma durumları ve bunu etkileyen faktörleri saptamak amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Araştırma kesitsel tipte olup, Ekim–Kasım 2024'te İzmir ili Karabağlar ilçesindeki bir aile sağlığı merkezine başvuran 30–70 yaş arası bireylerde yürütülmüştür. Bu yaş grubunda aile sağlığı merkezine kayıtlı 6443 kişi olup minimum örneklem hacmi 363 olarak hesaplanmıştır. Araştırma 377 kişiyle tamamlanmıştır. Veriler yüz yüze anket yöntemiyle toplanmıştır. Bu çalışmada bağımlı değişkenler; kanser taramalarına yönelik bilgi düzeyi (KTYBD) ve ulusal tarama programında yer alan testlerden mamografi (kadınlar için), smear/HPV-DNA testi (kadınlar için), gaitada gizli kan testi ve kolonoskopiyi en az bir kez yaptırmış olma durumu olarak tanımlanmıştır. Her bir test için bağımlı değişken, "ilgili taramayı en az bir kez yaptırmış olmak (evet/hayır)" biçiminde değerlendirilmiştir. KTYBD, ölçek kullanılarak ölçülmüş ve hem bağımlı hem de ana bağımsız değişken olarak incelenmiştir. Diğer bağımsız değişkenler arasında sosyodemografik özellikler, kronik hastalık ve kanser tanısı varlığı, sağlık davranışları, sağlık algısı, aile hekimine başvuru sıklığı ile tarama önerilme durumu ve öneri kaynakları yer almaktadır. Verilerin analizinde Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, ki-kare, Fisher Kesin Testi ve çoklu doğrusal ile lojistik regresyon analizleri kullanılmıştır. Etik kurul onayı ve gerekli izinler alınmıştır.

Bulgular

Çalışmaya 30–70 yaş aralığında 377 kişi dâhil edilmiştir (yaş ort. 49,1±10,8). Katılımcıların %80,1'i kadın, %80,4'ü evli, %45,1'i ilkokul mezunu, %55,4'ü ev hanımıdır. Hane gelirinin %60'ı asgari ücret ve altındadır, %89,9'unun sağlık güvencesi vardır. Katılımcıların %52,8'inde kronik hastalık, %6,6'sında kanser öyküsü bulunmaktadır. Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Ölçeği (KTYBÖ) ortalaması 18,92±4,94'tür ve %71,9'u 17,5 puan ve üzeri alarak yeterli bilgi düzeyine sahiptir. Bilgi puanı kadınlarda, yüksek eğitim ve gelir düzeyine sahip, sigara içmeyen ve egzersiz yapanlarda anlamlı biçimde yüksektir ($p<0,05$). Çoklu doğrusal regresyonda kadın cinsiyet ($B=3,296$; $p<0,001$) ve üniversite ve üzeri eğitim ($B=2,089$; $p=0,007$) bağımsız etkendir. Tarama testlerine katılım ulusal yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde, 40 yaş üzeri kadınlarda mamografi oranı %81,6, 30 yaş üzeri kadınlarda smear/HPV-DNA oranı %80,1, 50 yaş üzeri bireylerde gaitada gizli kan (GGK) testi oranı %44,4, kolonoskopi oranı ise %22,5'tir. Düzenli tarama yaptıranların bilgi puanları, hiç yaptırmayan veya düzensiz yaptıranlardan anlamlı biçimde yüksektir (mamografi $p=0,004$; smear $p<0,001$; GGK $p=0,003$; kolonoskopi $p=0,030$). Tarama önerisi alanların bilgi puanları daha yüksektir ($p<0,001$). Aile hekiminden, televizyondan veya internetten bilgi alanların bilgi düzeyi de anlamlı biçimde yüksektir ($p<0,05$). Lojistik regresyonda mamografi yaptırma durumunu bilgi puanı ($OR=1,12$; $p=0,012$), yaş ($OR=1,07$; $p=0,013$) ve öneri alma ($OR=3,99$; $p=0,028$) artırmıştır. Smear/HPV-DNA testi için yalnızca bilgi puanı anlamlı bulunmuştur ($OR=1,10$; $p=0,008$). GGK testinde aile hekimi yönlendirmesi ($OR=2,32$; $p=0,042$), kolonoskopide ise erkek cinsiyet ($OR=2,46$; $p=0,031$) ve kanser öyküsü ($OR=4,34$; $p=0,008$) etkili olmuştur.

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak, bu çalışmada bilgi düzeyi yüksek, eğitimli ve kadın katılımcıların kanser taramaları hakkında daha bilinçli oldukları ve daha fazla taramaya katıldıkları görülmüştür. Aile hekimi tarafından yapılan bilgilendirme ve yönlendirmenin, özellikle GGK testi gibi katılımın düşük olduğu taramalarda önemli bir kolaylaştırıcı etken olduğu belirlenmiştir. Genel olarak, mamografi ve smear testlerine katılım oranları yüksek iken kolorektal kanser taramalarına katılım daha düşüktür. Bu bulgular, birinci basamakta yürütülen bilgilendirme ve öneri süreçlerinin güçlendirilmesinin, kanser taramalarına katılımı artırabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Kanser taraması, bilgi düzeyi, aile hekimi, birinci basamak

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S073]
BEŞ YILDIZLI BİR OTELİN PERSONEL YEMEKHANESİNDE AKUT GASTROENTERİT SALGINI, ANTALYA, 2025

***Gamze Akın Özkara*[1], *Eda Karadoğan*[2], *Ebru Saraçoğlu*[2], *Ali Hamarat*[2], *Elif Yalçın*[2], *Çağla Evrim Erkal*[3], *Hacer Nur Yüce*[3], *Mestan Emek*[1]**

[1]*Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

[2]*Antalya İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı, Bulaşıcı Hastalıklar ve Erken Uyarı Cevap Birimi*

[3]*Antalya İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı*

Giriş-Amaç

Ülkemizde ve dünya genelinde akut gastroenteritler (AGE) önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir. Sağlık Afet Koordinasyon Merkezi tarafından 02.03.2025 tarihinde, Antalya İl Sağlık Müdürlüğü'ne bir otelde çalışan personellerin 01.03.25 tarihi itibariyle AGE şikayetleriyle hastanelere başvurduğu bildirilmiştir. İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar ve Erken Uyarı Cevap Birimi'nce vakalar doğrulanmış ve salgın incelemesi başlatılmıştır. Çalışmanın amacı; salgının etken, kaynak ve bulaşma yolunun belirlenerek gerekli kontrol ve korunma önlemlerinin alınmasını sağlamak ve benzer salgınların tekrarını önlemektir.

Gereç-Yöntem

İnceleme 1-7 Mart 2025 tarihleri arasında retrospektif kohort çalışması şeklinde yürütülmüştür. İl Sağlık Müdürlüğü ekiplerince salgından etkilenen ve etkilenme olasılığı bulunan otel personeline yüzyüze veya telefon görüşmesiyle ulaşılarak salgın inceleme formu doldurulmuştur. Form görüşülen kişinin sosyodemografik özelliklerini, son 3 gün içinde tükettiği besin ve su kaynakları ile ilgili bilgileri, semptomlara ilişkin ayrıntıları öğrenmeye yönelik soruları içermektedir. İlçe Tarım ve Orman Müdürlüğü ekiplerince 02.03.2025 tarihinde akşam yemeğinde bulunan tavuk, kuzu haşlama ve pilavdan gıda numuneleri alınmıştır. Su deposu girişi, arıtma çıkışı ve personel yemekhanesinde bulunan su sebilinden su örnekleri, numune verebilen hastalardan gaita örnekleri alınmıştır. En az bir AGE şikâyeti olan kişiler hasta, herhangi bir şikâyeti olmayanlar ise sağlam kabul edilmiştir. Tanımlayıcı veriler sayı, yüzde dağılımları ile sunulmuştur. Gruplar arasındaki farkların değerlendirilmesinde ki-kare testi kullanılmıştır. Karıştırıcı faktörlerin tespiti için Mantel Haenszel testi ile tabakalı analizler yapılmıştır. Birden fazla değişkenin eş zamanlı değerlendirilmesinde çok değişkenli lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Herhangi bir finansman desteği alınmamıştır.

Bulgular

Yapılan incelemede hastaların yalnızca otel personeli olduğu, misafirlerin etkilenmediği belirlenmiştir. Personel yemekhanesinde 1 Mart 2025 tarihinde, ilk vaka çıkmadan önceki son akşam yemeğinde yemek yiyen 147 kişiyle görüşme yapılmıştır. Menüde tavuk haşlama, kuzu haşlama, pirinç pilavı, yayla çorbası, yoğurtlu makarna, yoğurtlu biber, puding, kemalpaşa tatlısı ve açık büfe salata bulunduğu öğrenilmiştir. Toplam 52 personelin etkilendiği saptanmıştır. Atak hızı %35,4 olarak hesaplanmıştır. Hastalarda en sık karın ağrısı (78,8), bulantı (%76,9), ishal (%76,9), kusma (%63,5), ateş (%53,8) tespit edilmiştir. Hastalanma riski, ilgili gıda/suyu tüketmeyenlere göre kuzu haşlama yiyenlerde 1,5 (%95 GA: 1,1-2,1), sebilden su içenlerde 1,9 (1,3-2,6) kat bulunmuştur. Tabakalı analizlerde sebil kullanımı ve yoğurtlu makarna tüketimi AGE ile ilişkili saptanmıştır. Çok değişkenli analizde kuzu haşlama istatistikel olarak anlamlı bulunmamış ve AGE gelişimi sebilden su içenlerde 4,6 (%95 GA=2,1-10,2), yoğurtlu makarna tüketenlerde 4,1 (%95 GA=1,2-14,4) kat tespit edilmiştir. Otelde iki ayrı mutfak olup personel yemeklerinin ayrı mutfakta hazırlandığı, yemekhanede şebekeye bağlı arıtmalı bir sebil makinesinin olduğu bildirilmiştir. Otelde 1 ham su deposu, 2 yumuşatma deposu bulunduğu, kullanım için şebeke suyu dışında su kullanılmadığı bildirilmiştir. Otelde kazan değişikliği vb. alt yapı çalışmalarının yakın zamanda yapıldığı öğrenilmiştir. 27.02.2025 tarihinde su kesintisinin olduğu, bu dönemde su tankeri ile su temin edildiği öğrenilmiştir. Gıdalara ait şahit numunelerde patojen tespit edilmemiştir. Alınan

su numunelerinde uygunsuzluk tespit edilmemiştir. Alınan 9 gaita örneğinin 8'sinde Enteropatojenik E. coli (EPEC) ve Enteroinvaziv E. coli (EIEC), 1'inde Norovirus tespit edilmiştir.

Sonuç ve Öneriler

Salgının sebebinin kontamine su kullanımı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Makarna tüketimi ile AGE ilişkisinin, hazırlanma sırasında kontamine su ile temas sonucu olabileceği düşünülmüştür. Otel yönetimine sebilin dezenfekte edilmesi, sebilin bakımlarının zamanında yapılması, sebile giden suyun güvenli olduğundan emin olunması, klorlamaya dikkat edilmesi önerilerinde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Gastroenterit, gıda kaynaklı salgın, kohort, salgın

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S074]
ANTALYA İLİNDE GÖRÜLEN NON-TİFOİDAL SALMONELLA ENFEKSİYONLARININ EPİDEMİYOLOJİK ÖZELLİKLERİ

Eda Karadoğan[1], Ebru Saraçoğlu[1], Ali Hamarat[1], Gamze Akın Özkara[2], Elif Yalçın[1], Çağla Evrim Erkal[3], Hacer Nur Yüce[3], Mestan Emek[2]
[1]Antalya İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı, Bulaşıcı Hastalıklar ve Erken Uyarı Cevap Birimi
[2]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[3]Antalya İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı

Giriş-Amaç

Non-tifoidal Salmonella enfeksiyonları, çoğunlukla hayvan dışkısı ile kontamine olmuş gıdaların tüketimi sonucunda ortaya çıkmakta ve genellikle kendini sınırlayan gastroenterit tablolarına yol açmaktadır. Bununla birlikte, özellikle bebekler, çocuklar, yaşlılar ve bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda, bakteriyemi ile komplike olabilmekte ve hastaneye yatış gerektirebilmektedir. Çalışmada ilimizdeki yerel sürveyans verileri ve Uluslararası Sağlık Tüzüğü (IHR) kapsamında bildirilen veriler kullanılarak Antalya ilindeki non-tifoidal Salmonella enfeksiyon insidansının hesaplanması, vaka dağılımının coğrafi bilgi sistemleri (CBS) ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Çalışmaya sürveyans verileri ve IHR kapsamında bildirilen tüm vakalar dahil edilmiştir. İlimizde Salmonella spp. sürveyansı, İZCİ sistemine hastane laboratuvarlarından gelen verilerin günlük takibi ile yapılmaktadır. Bölge halkının yanısıra ilimize seyahat eden yabancı uyruklu hastalarda gelişen non-tifoidal Salmonella enfeksiyonları IHR ulusal odak noktaları tarafından bildirilmektedir. Çalışmada bu veri kaynaklarından elde edilen bilgiler değerlendirilerek non-tifoidal Salmonella enfeksiyonlarının insidansı hesaplanmış ve CBS ile vakaların dağılımı incelenmiştir. İnsidansların hesaplanmasında ve karşılaştırılmasında Open-Epi programı, vakaların coğrafi dağılımın incelenmesinde QGIS-LTR kullanılmıştır. İlgili yıla ait bölge nüfusları Türkiye İstatistik Kurumu'ndan, turist sayıları ise Türkiye Otelciler Birliği'nin turizm istatistiklerinden alınmıştır. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Karar No: TBAEK-866, Tarih:25.09.2025). Finansman desteği alınmamıştır.

Bulgular

İZCİ'den alınan ulusal sürveyans sistemi verilerine göre ilimizde 2023 yılında 37, 2024 yılında 43 non-tifoidal Salmonella enfeksiyonu bildirilmiştir. İnsidans 2023 yılında yüzbinde 1,37, 2024 yılında yüzbinde 1,58 olup, yıllara göre anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p=0,532). IHR Ulusal Odak Noktaları tarafından 2023 yılında 54 otelden 183 vaka, 2024'te 22 otelden 40 vaka bildirilmiştir. İnsidans 2023 yılında yüzbinde 1,26, 2024 yılında yüzbinde 0,26 hesaplanmıştır (RR=0,2, %95 GA=0,1-0,3, p<0,001). IHR bildirimlerinin 2023 yılında 97,8'ini, 2024 yılında %70'ini İngiltere Odak Noktası bildirmiş olduğundan İngiltere uyruklu misafirlere özel insidans hesaplanmış ve 2023 yılında yüzbinde 13,7, 2024 yılında 1,8 hesaplanmıştır (RR=0,13, %95 GA=0,09-0,19, p<0,001). CBS ile dağılım değerlendirildiğinde yerli nüfusta vakaların Muratpaşa, Kepez ve Konyaaltı'nda kümelendiği görülmüştür. IHR tarafından bildirilen vakaların ise 2023 yılında Alanya, Kemer, Serik, Manavgat ve Muratpaşa ilçelerinde yoğunlaştığı görülmüştür. Kemer ilçesinde tüm vakaların (41 vaka) bir otelden kaynaklanması nedeniyle tek merkez kaynaklı büyük bir salgının olduğu tespit edilmiştir, ilgili oteldeki vakaların %95'inde aynı gen kümesi bildirilmiştir (HC5:1545, t5.2669). Otellere İl ve İlçe Sağlık Müdürlüğü ekiplerince eğitim verilmiş, İlçe Tarım Müdürlüğü tarafından denetimler gerçekleştirilmiştir. 2024 yılı değerlendirildiğinde tüm ilçelerde IHR bildirimleri azalmakla birlikte en çok Alanya ve Manavgat ilçelerinden vaka bildirildiği, Kemer ilçesinden vaka bildirilmediği görülmüştür.

Sonuç ve Öneriler

Hastalık sürveyans verileri değerlendirilirken IHR verilerinin de dikkate alınması hastalık hakkında daha doğru bir bilgi sağlamıştır. Öte yandan akut gastroenterit şikayetleri olmasına rağmen hastaneye başvurmayan hastalar, hastaneye başvuranlar arasında da gaita tetkiki yapılmayanlar olması nedeniyle gerçek insidansa ulaşılabilmesi mümkün görünmemektedir, bu durum seçime bağlı taraf tutmaya yol açabilir. Misafirler otel dışı aktivitelerde de etkenle karşılaşmış olabileceğinden IHR tarafından bildirilen tüm vakalar otele atfedilemez. Vakaların CBS ile coğrafi dağılımının incelenmesi koruyucu önlemlerin alınacağı yerlerin önceliklendirilmesi için değerlidir. Sürveyans verilerine göre yerli nüfusta 2023 ve 2024 yılları arasında insidans değişmemiştir. Bu iki yıl arasında tetkik gönderim davranışlarında ve popülasyonda bir değişiklik olmadığından, 2023 ve 2024 yılı insidansında anlamlı değişiklik saptanmamasının gerçeği yansıttığı düşünülmüştür. Alınan önlemler sonrası IHR Ulusal Odak Noktaları tarafından bildirilen vaka hızının azalması gerçek bir azalmaya bağlanmış, daha iyi sonuçlar için ilgili ilçe ve oteller önceliklendirilip planlama yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Salmonella spp, coğrafi bilgi sistemleri, insidans

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S075]
SAĞLIK VE SPOR BİLİMLERİNDE ÖĞRENİM GÖREN ÖĞRENCİLERİN TETANOZ HASTALIĞI VE AŞISINA YÖNELİK BİLGİ ÖLÇEĞİ (TETANOZ-HABÖ): ÖLÇEK GELİŞTİRME, GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

***Gülay Yılmazel*[1], *Ayşe Çalmaz*[2], *Burcu Daysal Güler*[3], *Emre Keleş*[4]**
[1]*Hitit Üniversitesi Meslek Hastalıkları Uygulama ve Araştırma Merkezi*
[2]*Hitit Üniversitesi İskilip MYO*
[3]*Hitit Üniversitesi Alaca Avni Çelik MYO*
[4]*Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi*

Giriş-Amaç

Tetanoz hastalığı, aşılama kapsamının düşük olduğu düşük gelirli ülke ve bölgelerde önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Sağlık ve spor alanındaki profesyoneller tetanoz hastalığı açısından mesleki risk taşımaktadır. Bu bağlamda bu alanlarda profesyonelleşme sürecinde olan bireylerde hastalık bilgi ve farkındalığını artırmaya yönelik adımlar, hastalıkla mücadele açısından önemli bir kazanımdır. Bu çalışmanın amacı, tetanoz hastalığı ve aşısına ilişkin sağlık ve spor bilimleri alanında öğrenim gören öğrencilere özgü bilgi düzeyini değerlendiren bir ölçüm aracı geliştirmektir.

Gereç-Yöntem

Bu çalışma kesitsel ve metodolojik bir tasarıma sahiptir. Veriler, Şubat-Mayıs 2025 tarihleri arasında çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilerle yüz yüze görüşmeler yoluyla toplanmıştır. Araştırma için etik kurul onayı (Karar No: 2024-25) alınmıştır. Yirmi dört madde, 5 puanlı Likert ölçeğinde (tamamen katılmıyorum'dan tamamen katılıyorum'a) derecelendirilmiş ve 477 gönüllü bireye uygulanmıştır. Veri analizi için SPSS for Windows 22 paket programı ve LISREL 8.80 paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde sayılar, yüzdelikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra; Kapsam Geçerliliği için Davis Tekniği, Açıklayıcı faktör analizi için KMO ve Bartlett katsayıları, Temel Bileşenler Analizi. Doğrulayıcı faktör analizi için x2/SD değeri, GFI, AGFI, CFI, RMSEA, SRMR uyum indeksleri ve PATH diyagramı, İç tutarlılık için Cronbach α katsayısı, Madde Toplam Korelasyonu, Yarıya Bölme, Zaman Göre Değişmezlik, CR, AVE ve Omega indeksleri kullanılmıştır. KMO ve Bartlett katsayıları, Temel Bileşenler Analizi. Varimax Döndürme Yöntemi, Cronbach α katsayısı, Madde Toplam Korelasyonu ve iki yarıya Bölme, birinci Örneklemde, x2/SD değeri, GFI, AGFI, CFI, RMSEA, SRMR uyum indeksleri ve PATH diyagramı, CR, AVE, ASV, HTMT ve Omega indeksleri ikinci. Örneklemde uygulanmıştır.

Bulgular

Açıklayıcı faktör analizi grubundaki katılımcıların %59.4'ü kadındır, %65.3'ü sağlık bilimleri fakültesi öğrencisidir, %40.2'si birinci sınıfta öğrenim görmektedir ve %65.7'si yurtta kalmaktadır. Katılımcıların %74.9'u hiç sigara kullanmamıştır, %87.9'unun kronik bir hastalığı yoktur, %90.8'i lise sonrası tetanos aşısı yaptırmıştır ve %42.7'si ne zaman yaptırdığını hatırlamamaktadır. Katılımcıların %56.5'inin tetanos hakkında kısmen bilgisi vardır, yaşları ortalama 21.42±2.71 ve tetanos yapılma dozu ortalama 1.47±0.86'dır. Doğrulayıcı faktör analizi grubundaki katılımcıların %51.7'si kadındır, %57.1'i sağlık bilimleri fakültesi öğrencisidir, %69.8'i 1. Sınıfta okumaktadır ve %61.7'si yurtta kalmaktadır. Katılımcıların %54.5'i hiç sigara kullanmamıştır, %91.1'inin kronik bir hastalığı yoktur, %88.5'i lise sonrası tetanos aşısı yaptırmıştır ve %40.6'sı ne zaman yaptırdığını hatırlamamaktadır. Katılımcıların %59.2'sinin tetanos hakkında kısmen bilgisi vardır, yaşları ortalama 21.82±1.73 yıl ve tetanos yapılma dozu ortalama 1.44±0.98'dir. Açıklayıcı faktör analizi sonucunda, 24 maddelik taslak ölçekten 23 maddelik, tek faktörlü nihai bir ölçek elde edilmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi sonucunda, uyum indeksi değerleri x2/SD değeri= 3.65, GFI= 0.95, AGFI=0.94, CFI= 0.97, RMSEA= 0.075 ve SRMR= 0.072 olarak saptanmıştır. Yirmi üç maddelik nihai ölçeğin toplam iç tutarlılık Cronbach α katsayısı 0.905'dir.

Sonuç ve Öneriler

Bu veriler doğrultusunda, Tetanoz Hastalığı ve Aşısına Yönelik Bilgi Ölçeği, üniversite öğrencilerinde hastalık bilgi düzeyini değerlendirmek için kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıdır. Ölçeğin enfeksiyon ve halk sağlığı alanında çalışan uzmanlar tarafından daha geniş ve farklı popülasyonlarda uygulanabilirliğini test eden çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tetanoz, tetanoz aşısı, bilgi, ölçek geliştirme, halk sağlığı

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S076]
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNİN AŞIYA İLİŞKİN TUTUMLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Özge Acar[1], Fatma Tuba Akdeniz[1], Başak Bölükbaşı[3], Selim Dündar[1], Elif Seda Gürkan[2], Hadi Karimkhan[4], Tuğrul Erbaydar[4]
[1]İstanbul Okan Üniversitesi Mühendislik ve Doğa Bilimleri Fakültesi
[2]İstanbul Okan Üniversitesi Hukuk Fakültesi
[3]İstanbul Okan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
[4]İstanbul Okan Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş-Amaç

Bağışıklama, en etkili halk sağlığı kazanımlarından biri olmaya devam etmektedir; ancak aşı tereddüdü, küresel çapta aşı programlarını olumsuz etkilemeye başlamıştır. Eğitimli genç yetişkinler arasındaki aşıya ilişkin tutumları (AİT) anlamak, hem bireysel davranışları hem de bu kesimlerin toplum üzerindeki etkileri açısından önemlidir. Bu çalışma, İstanbul Okan Üniversitesi'nde lisans öğrencileri arasında aşılamaya yönelik tutumları ve algıları değerlendirmek ve ilişkili değişkenleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç-Yöntem

Sosyo-demografik özellikler, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği olan Aşıya İlişkin Tutumlar Ölçeği ve araştırmacıların oluşturduğu aşıya ilişkin algıları değerlendiren soruları içeren toplam 40 soruluk online anket formu Türkçe ve İngilizce olarak hazırlandı ve Üniversitenin Fakülte ve Yüksekokullarına orantılı dağılım gözetilerek toplam 501 öğrenciye uygulandı; 482 anket geçerli bulunarak analize dahil edildi. AİT puanları 32 ve altı olumsuz, 33-51 arası orta; 52 ve üzeri olumlu tutum olarak sınıflandı. Veri toplama sürecinde, örneklemin fakültelere dağılımında Diş Hekimliği orantısal olmayan bir ağırlığa sahip olduğu ve bu grubun AİT puanları genel ortalamanın üzerinde olduğundan, genel ortalamanın yanı sıra, Diş Hekimliğine göre doğrudan yöntemle düzeltilmiş ortalama AİT puanı hesaplandı. Verilerin yüzde dağılımları hesaplandı; Değişkenlerle AİT puanlarının ilişkisi Pearson korelasyon analizi ve student t-testi ile irdelendi. Hem orjinal İngilizce ölçeği geliştiren, hem de Türkçe geçerlilik çalışmasını yapan yazarlardan kullanım izinleri alındı. İstanbul Okan Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (08.01.2025/184–37 K.).

Bulgular

Katılımcıların %63,3'ü kadın; %88,8'i Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı idi. AİT puanı genel ortalaması 49,4 ± 8,9 ve diş hekimliğine göre düzeltilmiş ortalama 48,3 idi. Yaş, AİT puanı ile anlamlı derecede ilişkiliydi ($p < 0,001$), 24-26 yaş grubu, alt ve üst diğer yaş gruplarından daha yüksek AİT puanına sahipti (51,9 ± 9,2). Uyruk, ekonomik düzey, cinsiyet, sigara kullanımı ve kronik hastalık varlığına göre anlamlı bir fark gözlenmedi. Eczacılık, tıp ve diş hekimliği öğrencilerinin puanları tüm bölümler arasında ilk üç sırada ve genel ortalamadan yüksek olmasına karşın (sırasıyla 55,7 ± 9,4; 55,4 ± 10,3 ve 52,7 ± 7,8); Sağlık Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin ortalama puanı genel ortalamadan düşük (45,3 ± 7,7) bulundu; buna bağlı olarak, sağlıkla ilgili tüm bölümlerin genel ortalaması ile Üniversite genel ortalaması arasında anlamlı bir fark yoktu. Yakını olan birinde aşı yan etkilerine tanık olan öğrencilerin AİT puanları anlamlı şekilde daha düşüktü (42,3 ± 9,0, $p < 0,001$). Salgınlarda aşı yaptırmayan bireylere yönelik kısıtlamalar yapılmasını destekleyenlerin ortalama AİT puanı ortalamadan yüksek (53,9 ± 8,7 $p<0,001$); COVID-19 aşılarının dini görüşlerle çeliştiğini düşünenlerin puanları ise düşük (39,1 ± 5,7, $p < 0,001$) bulundu; ancak bu düşüncede olanlar sadece %3,3 oranında idi (n=16). Pandemi sırasında, genel olarak aşıya ilişkin güveninin arttığını belirtenler %9,5, azaldığını belirtenler ise %42,7 oranında oranındaydı. Aşılarla ilgili temel bilgi kaynakları olarak en sık sağlık çalışanları (%63,1) ve sosyal medya (%59,1) belirtildi.

Sonuç ve Öneriler

Yaş, okuduğu okul, uyruk, aşı yan etkilerine tanıklık değişkenleri ile AİT ilişkili bulundu. Sağlık meslekleri arasında eczacılık, tıp ve diş hekimliğinin puanları Üniversite genelinde en yüksek olmasına karşın, Sağlık Meslek Yüksek Okulunun düşük AİT ortalaması olması, öğrencilerin akademik konumları veya bunun da temelindeki sosyal kültürel faktörlerin AİT ile ilişkili olabileceğini düşündürdü. AİT puanlarının çok değişkenlik göstermesi ve katılımcıların %42,7'sinin aşıya ilişkin tutumlarının pandemi döneminde olumsuz etkilenmiş olması, yürürlükteki bağışıklama programlarının etkinliği ve olası yeni pandemilere karşı sağlık sisteminin dayanıklılığı açısından riskler barındırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Aşıya ilişkin tutum, aşı tereddüdü, bağışıklama programları

*Bu araştırma, İstanbul Okan Üniversitesi Hukuk ve Teknoloji Uyg. Arş. Merkezi Sağlık Teknolojileri Çalışma Grubu etkinliği olarak yapılmıştır.

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S077]
AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN YETİŞKİNLERİN AŞIYA YÖNELİK TUTUMLARININ AHLAKİ TEMELLER ÖLÇEĞİ İLE İLİŞKİSİ: KÜTAHYA İLİ ÖRNEĞİ

Ömer Faruk Tekin[1], Muhammed Furkan Demir[1], Habib Sarıkaya[2]
[1]Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[2]Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Aşılar, tıp tarihinin en büyük halk sağlığı başarılarından biri olarak milyonlarca hayat kurtarmaya devam ederken, bilimsel kanıtlara rağmen artan aşı karşıtlığı küresel sağlık için ciddi bir tehdit haline gelmiştir. Bu çalışmanın amacı, bireylerin aşı karşıtlığına ilişkin tutumları ile ahlaki temelleri arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Gereç-Yöntem

Çalışma Eylül-Ekim 2025 tarihlerinde gerçekleştirilen kesitsel tipte bir çalışmadır. Çalışmanın evrenini Kütahya ili Merkez ilçede ikamet eden 18 yaş üstü 220914 kişi oluşturmaktadır. Güven aralığı %95, güç %80 ve bilinmeyen durumlar için prevalans %50 kabul edilerek yapılan hesaplama sonucunda örneklem büyüklüğü 384 kişi olarak bulundu. Etik kurul onayı alındı (11.08.2025 tarih ve 2025/10-41 sayılı Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı). Veriler Merkez ilçede bulunan 22 Aile Sağlığı Merkezine (89 AHB) başvuran 18 yaş üstü bireylerden, oluşturulan anket formu aracılığıyla araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Anket formu sosyodemografik özellikler ve aşı karşıtlığını sorgulayan sorulardan, Ahlaki Temeller Ölçeği (MFQ-1) ve Aşı Karşıtlığı Ölçeği (VAX) sorularından oluşmaktadır. VAX ölçeği 35 maddelik beş faktörlü (aşının koruyucu değeri, çarpıtılmış bilimsellik, aşı yerine geçenler, aşı tereddütü/reddi ve aşı karşıtlığı) yapıdan oluşmaktadır. Ölçek, 6'lı Likert tipi (1=Kesinlikle Katılmıyorum, 6=Kesinlikle Katılıyorum) şeklinde puanlanmaktadır. MFQ-1 ölçeği bireylerin ahlaki yönelimlerini beş temel boyutta (zarar vermeme/şefkat, adalet/hakkaniyet, grup bağlılığı/sadakat, otoriteye saygı ve saflık/temizlik) ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçek 6'lı Likert tipi puanlama kullanılmaktadır (0-5). Çalışmanın bağımlı değişkenleri: VAX puanı, bağımsız değişkenleri ise yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, ebeveyn olma durumu gibi demografik değişkenler ile MFQ-1 puanı olarak belirlendi. İstatistiksel analizler SPSS 25.0 paket programı ile yapıldı. Tanımlayıcı verilerden kategorik değişkenler sayı ve yüzde ile, sürekli veriler ortalama, standart sapma, ortanca, minimum, maksimum değerleri ile sunuldu. Gruplar arası karşılaştırmalarda Kolmogorov Smirnov testi sonucunda normal dağılıma uyan veriler için Student-t testi ve One-way ANOVA testi, normal dağılıma uymayan veriler için Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis Testi kullanıldı. İki sürekli değişken arası ilişki Spearman korelasyon testi ile incelendi. İstatistiksel olarak $p<0.05$ olduğu durumlar anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular

Çalışma 222'si kadın ve 170'i erkek olmak üzere 392 kişi ile tamamlandı. Katılımcıların yaş ortalaması 38,0 ±13,6 ve ortanca 36 (minimum=18 maksimum=78) idi. Katılımcıların %44,6'sı aşılara karşı tereddüdü olduğunu ve %18,9'u aşıya karşı olduğunu bildirdi. VAX toplam puan ortalaması 100,3 ±36,5 ve MFQ-1 toplam puan ortalaması 116,2 ±18,1 olarak bulundu. VAX puanı 40 yaş üstünde, evli olanlarda, çocuğu olanlarda, lise ve altı eğitim düzeyine sahip olanlarda, aşı tereddüdü olanlarda diğer gruplara göre daha yüksek olarak saptandı ($p<0,05$). MFQ-1 puanı erkeklerde, evli olanlarda, çocuğu olanlarda, lise ve altı eğitim düzeyine sahip olanlarda ve aşı karşıtı olanlarda diğer gruplara göre yüksek olarak saptandı ($p<0,05$). VAX puanı ile MFQ-1 toplam puanı ve grup içi bağlılık/sadakat, otoriteye saygı ve saflık alt boyutları ile pozitif yönde zayıf korelasyon saptandı ($p<0,05$).

Sonuç ve Öneriler

Katılımcıların yaklaşık beşte birinde aşı karşıtlığı tutumu saptandı. Aşı karşıtlığı ölçeği puanı arttıkça, ahlaki temeller ölçeği toplam puanı ile grup içi bağlılık/sadakat, otoriteye saygı ve saflık alt boyutlarında zayıf fakat anlamlı bir artış olduğu görülmüştür. Bu bulgular, bu çalışmada aşı karşıtlığı tutumlarının yalnızca bilişsel ve davranışsal süreçlerle değil, aynı zamanda bireylerin ahlaki yönelimleriyle de ilişkili olabileceğini göstermektedir. Bu nedenle, aşı karşıtlığı ile mücadeleye yönelik politika ve stratejilerin, bilimsel bilgilendirmeye ek olarak, toplumun ahlaki değerlerini ve kültürel kodlarını da dikkate alan yaklaşımlar ile desteklenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aşı karşıtlığı, aşı tereddüdü, ahlaki temeller

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S078]
ANTİMİKROBİYAL DİRENÇ KONUSUNDA TÜRKİYE'DE YAPILAN TEZ ÇALIŞMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Sibel Gürbüz[1], Gamze Ketrez[1], Muhammed Atak[2]
[1]Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü
[2]İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Antimikrobiyal direnç (AMD), günümüzde halk sağlığını tehdit eden en önemli sorunlardan biridir. 2019 yılı verilerine göre, dünya genelinde AMD ile ilişkili 4,95 milyon ölüm meydana gelmiş; bu ölümlerin 1,27 milyonu doğrudan AMD'ye atfedilmiştir. Önleyici tedbirlerin alınmaması durumunda da 2050 yılına kadar her yıl yaklaşık on milyon insanın AMD'ye bağlı nedenlerle yaşamını yitireceği tahmin edilmektedir. Bu çalışmanın amacı, ülkemizde yapılan ve 'antimikrobiyal direnç' kelimeleri geçen tez çalışmalarını inceleyerek, bu alandaki araştırma eğilimlerini belirlemektir.

Gereç-Yöntem

Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Ulusal Tez Merkezi web sayfası üzerinden; yayımlanan tezlerin başlığında, özetinde ve anahtar kelimelerinde "antimikrobiyal direnç" kelimeleri aranmıştır. 20.10.2025 tarihine kadar yayımlanan, İngilizce ve Türkçe yayın dili olan çalışmalar taranmıştır. Tez çalışmalarının adı, yazar isimleri, yayın yılı, yayın dili, tez türü, tez konusu ve yer bilgisi kaydedilmiştir. Veriler frekans ve yüzde olarak verilmiştir.

Bulgular

Toplam 280 tez çalışmasının %11'i (n=30) İngilizce, %89'u (n=250) Türkçe dilindeydi. Tez türüne göre değerlendirildiğinde; %49'u yüksek lisans, %29'u tıpta uzmanlık ve %21'i doktora tez çalışmasıydı. Çalışmaların %63'ü 2020-2025 yılları arasında ve %37'si 2020 yılından önce yayınlanmıştı. Tez çalışmalarının %61'i mikrobiyoloji, %22'si biyoloji-biyoteknoloji ve %17'si veterinerlik-gıda mühendisliği konularında yapılmıştı. Tıpta uzmanlık tezlerinin %50'si Tıbbi Mikrobiyoloji alanındayken, %34'ü Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji alanındaydı. Tez çalışmalarının %92'si (n=258) Yükseköğretim Kurumu Üniversitelerinde, %8'i (n=22) Sağlık Bilimleri Üniversitelerinde yapılmıştı.

Sonuç ve Öneriler

Bu araştırma Türkiye'de AMD konusundaki tez çalışmaların büyük ölçüde mikrobiyoloji, biyoloji ve biyoteknoloji gibi temel bilim alanlarında yoğunlaştığını ortaya koymaktadır. Elde edilen bulgular, bu alana yönelik ilgi ve farkındalığın özellikle son yıllarda belirgin biçimde arttığını ve çalışmaların önemli bir kısmının Yükseköğretim Kurumu'na bağlı üniversitelerde yürütüldüğünü göstermektedir. AMD'nin sadece sağlık sektörüyle sınırlı bir sorun olmadığı; çevre, tarım ve hayvancılık gibi birçok farklı alanı da etkileyen çok paydaşlı ve disiplinler arası bir mesele olduğu açıktır. Bu nedenle, yapılacak araştırmalarda 'Tek Sağlık' yaklaşımı çerçevesinde disiplinler arası iş birliğinin güçlendirilmesi ve bütüncül çözüm önerilerinin geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Antimikrobiyal direnç, antibiyotik, tez

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S079]
BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNDE ÇOCUK POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN EBEVEYNLERİN AŞI KARARSIZLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Selma Kamacı Sivaz[1], Türkan Günay[2]
[1]Milli Eğitim Bakanlığı
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi

Giriş-Amaç

Aşı kararsızlığını, bireysellikten ulusallığa kadar değişen düzeyde incelenmesi gereken çok boyutlu problem olarak ifade etmek öncelikli adım olmalıdır. Bu bağlamda çalışmanın amacı, bir üniversite hastanesinde genel çocuk polikliniğine başvuran beş yaş altı çocuğu olan ebeveynlerin aşı kararsızlığı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesindir.

Gereç-Yöntem

Araştırma, kesitsel tipte olup Ocak- Mart ayları arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Nevvar Salih İşgören Çocuk Hastanesinde genel çocuk polikliniğine başvuran 190 ebeveynle yürütülmüştür. Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 25.12.2024 tarih ve 2024/43-23 karar numarası ile etik açıdan yürütülmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. Dokuz Eylül Üniversitesi Nevvar Salih İşgören Çocuk Hastanesinden 13.12.2024 tarihli 1233151 sayılı yazı ile izin alınmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni aşı kararsızlığı varlığı olup Aşı Kararsızlık Ölçeği ile belirlenmiştir. Kesme noktası bulunmadığı için ölçekten alınan puanın artması aşı kararsızlığının arttığını göstermektedir Bağımsız değişkenler; demografik bilgiler, ebeveynlerin çocuklarına aşı takviminde olan /olmayan aşıları yaptırma durumları, aşılar hakkında en sık başvurduğu kaynak, erişkin aşı öyküsü, çevresinde aşı yaptırma konusunda kararsızlık yaşayan varlığı ve çevresindekilerin aşı yaptırma konusundaki kararsızlığı kişinin düşüncelerine etkisi ve aşı yaptırma konusunda kararsızlık yaşıyor ise temel nedenidir. Veriler yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmış ve SPSS 22.0 programı ile analiz edilmiştir. Tek değişkenli analizlerde normal dağılıma uyan verilerde iki grup karşılaştırmasında Student-t Testi, normal dağılıma uymayanlarda ise Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Çok değişkenli analizlerde multipl regresyon kullanılmıştır. İstatistik anlamlılık için sınır değer $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmadaki bireylerin %71,1'ini anne, %40,5'inin lise mezunu, %96,8'inin evli, gelir–gider algısı incelendiğinde ise %43,7'sinin geliri giderinden az, %47,9'unun mesleği ev işleridir. Katılımcıların aşılar hakkında en sık başvurduğu kaynak %65,8 oranında sağlık çalışanları ve aşı kararsızlığı puan ortalaması 21,0 ± 5,0'dir. Çalışma grubunun %54,2'si "Aşı yaptırma konusunda kararsızlık yaşıyorsanız, sizce ana nedenleri nelerdir?" sorusuna en az bir neden bildirmiştir. Çalışmamızda tek değişkenli analizlerde aşı kararsızlığı ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi bulunan; meslek grubu, çocuk sayısı ve yaşı, aşı takviminde olmayan aşıları yaptırma durumu, aşılar hakkında en sık başvurduğu kaynak, çevresinde aşı yaptırma konusunda kararsızlık yaşayan varlığı, çevresindekilerin aşı yaptırma konusundaki kararsızlığı kişinin düşüncelerine etkisi değişkenleri ile yaş değişkeni dahil edilerek analiz sonucunda ebeveynlerin çocuklarına aşı takviminde olmayan aşıları yaptıranların ($B = -1.518$, $p = 0.037$) ve aşılar hakkında en sık başvurduğu bilgi kaynağı sağlık çalışanları olması ($B = -1.414$, $p = 0.049$) aşı kararsızlığı puanlarının anlamlı şekilde daha düşük olduğu; çevresinde aşı yaptırma konusunda kararsızlık yaşayan olması ($B = 1.552$, $p = 0.026$) çevresindekilerin aşı yaptırma konusundaki kararsızlığı kişin kendi düşüncelerine etkisi ($B = 3.029$, $p = 0.001$) ise aşı kararsızlığı puanlarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmektedir ($p < 0,001$, $F(8, 180) = 6,881$, $R^2 = 0,234$)

Sonuç ve Öneriler

Her 10 ebeveynden 5'i çocukluk çağı aşılarının en az birinde kararsız kalmıştır. Bu oran, diğer çalışmalarda yer alan farklı toplumlara yönelik çalışmalarla birlikte daha açıklayıcı bir bağlamda değerlendirilebilir. Çalışmadaki annelerin %67'sinin meslek grubu ise ev işlerinden oluşmaktadır. Türk toplumunun geleneklerinde ve alışkanlıklarında, çocukların bakımlarından sorumlu kişi annedir. Bu sebepten dolayı aşı kararsızlığı, çalışmamızdaki gibi anneler arasında daha fazladır. Çalışmamıza katılanlar aşılar hakkında en sık başvurdukları kaynak olarak sağlık çalışanlarını belirtmişlerdir. Aşı kararsızlığının azaltılmasında sağlık çalışanlarının güvenilir bilgi kaynağı olarak önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Çalışmamızda aşı yaptırma konusunda kararsızlık yaşayan 107 ebeveynin %70,9'unun en çok belirttiği neden; yan etkilerinden korkmadır. Ebeveynler yan etkilerin aşı güvensizliğine neden olduğunu söylemişlerdir. Yan etkilerle ilgili kapsamlı bilgilendirme yapılmalıdır. Kadınların gelecekteki annelik rolleri göz önünde bulundurularak, aşılar hakkındaki bilgilerin eğitim müfredatına dâhil edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Aşı kararsızlığı, aşı, aşılama, çocukluk çağı, ebeveyn

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S080]
TÜRKİYE İÇİN ÜRETİLECEK YENİ MENİNGOKOK AŞISININ MALİYET ETKİLİLİK ANALİZİ

***Mahir Tosunoğlu*[1], Mert Abay[2], Alper Akpınar[3], Melih Kaan Sözmen[4], Bülent Kılıç[5]**
[1]*Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, İzmir; İzmir Biyotıp ve Genom Merkezi*
[2]*Dokuz Eylül Üniversitesi Denizcilik Fakültesi, Denizcilik İşletmeleri Yönetimi Bölümü, Denizcilik Ekonomisi ve Politikaları Anabilim Dalı*
[3]*Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı*
[4]*İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Bilim Dalı*
[5]*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

Giriş-Amaç

Bu çalışma, TÜBİTAK 1004 Korunma ve Tedavi Ulusal Platformu (KORTUP) kapsamında geliştirilen, MenB ve MenW suşlarını hedefleyen yeni Meningokok aşısının (menBW) Türkiye koşullarında ekonomik değerlendirmesini amaçlamaktadır. Çalışmada, aşının uygulanmasıyla ortaya çıkacak sağlık kazanımları ve mali yükler toplumsal bakış açısıyla incelenmekte, aşılamanın maliyet ve faydaları mevcut uygulamalarla karşılaştırmalı olarak analiz edilmektedir. Bu kapsamda doğrudan tıbbi maliyetler, olası dolaylı maliyetler ve yaşam kalitesine ayarlanmış yaşam yılı (QALY) benzeri sonuç göstergeleri dikkate alınarak yeni stratejinin ekonomik fizibilitesi değerlendirilecektir. Elde edilecek bulgular, Türkiye'de Meningokok aşılamasına ilişkin politika seçenekleri hakkında bilgilendirmeyi ve sınırlı sağlık kaynaklarının etkili tahsisine katkı sunmayı hedeflemektedir.

Gereç-Yöntem

Ekonomik değerlendirme, akut klinik seyri yakalayan bir karar ağacı (aşı ile korunan/korunmayan) ile yaşam boyu sonuçları izleyen yıllık döngülü Markov modelinin (sağlıklı, sekel ile yaşayan, ölüm) entegrasyonuna dayanmaktadır. Türkiye sağlık sistemi perspektifinden, ömür boyu ufukta maliyetler ve QALY'ler %3 iskonto edilmiştir. Çalışmada geliştirilmekte olan MenBW aşısı, Menactra (MenACWY), Menveo (MenACWY), Nimenrix (MenACWY) ve Bexsero (4CMenB) aşı stratejileriyle ile karşılaştırılmıştır. Model girdileri Türkiye'ye özgü insidans, serogrup dağılımı, olgu-ölüm ve sekel olasılıkları ile aşı tedarik-uygulama, akut tedavi ve uzun dönem sekel maliyetlerinden oluşmaktadır. Çıktılar deterministik analiz yapılarak temel değerler üzerinden artımsal maliyet-etkililik oranı (ICER, USD/QALY) olarak hesaplanmış ve duyarlılık analizleri ile desteklenmiştir. Duyarlılık analizinde belirsizlik, tek yönlü duyarlılık (temel parametrelerde ±%20) ve olasılıksal duyarlılık analizleri (Beta, Gamma) uygulanarak değerlendirilmiştir. Maliyet etkililik için eşik değer olarak kişi başına düşen milli gelirin 3 katı olarak dikkate alınmıştır. Model parametreleri Türkiye'ye özgü literatür, klinik çalışmalar, T.C. Sağlık Bakanlığı sürveyans verileri, SUT fiyatları ve TÜİK verilerinden derlenmiştir. Bu çalışmada yalnızca kamuya açık kaynaklardan elde edilen veriler kullanılmıştır; bu nedenle etik kurul onayı gerekmemektedir. Bu çalışma TÜBİTAK 1004 Projesi (Korunma ve Tedavi Ulusal Platformu KORTUP) tarafından desteklenmiştir. Proje İzmir Biyotıp ve Genom Merkezi (İBG) tarafından yürütülmektedir. Bu çalışmada çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular

MenBW aşı stratejisi Menactra, Menveo, Nimenrix ve Bexsero aşı stratejileriyle karşılaştırılmıştır. Nimenrix aşı stratejisi ile karşılaştırıldığında, MenBW'nin maliyet-etkililik oranı yaklaşık 12 bin $/QALY hesaplanmış, maliyet-etkili olarak değerlendirilmiştir. Menveo aşı stratejisi karşısında ise MenBW hem daha düşük maliyetli hem de daha fazla QALY sağladığı için maliyet-etkilidir. Bexsero aşı stratejisi ile kıyaslandığında MenBW'nin maliyet-etkililik oranı yaklaşık $ 41 bin /QALY seviyesindedir; dolayısıyla 14 bin ve 29 bin dolarlık eşiklerde maliyet-etkili değildir ancak 44 bin dolarlık eşikte maliyet-etkilidir. Menactra aşı stratejisi karşısında ise MenBW'nin artımlı maliyeti yaklaşık 130 bin $/QALY olup, 14 bin, 29 bin ve 44 bin dolarlık eşiklerin tümünü aştığı için maliyet-etkili değildir. Hasta başına maliyetler açısından Menactra'nın $ 121 ile en düşük,

Bexsero'nun $ 218 ile en yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir. MenBW $ 178, Nimenrix $ 173 ve Menveo 184 $ olup hasta başına maliyet olarak orta düzeyde yer almıştır. Duyarlılık analizi bulgularına göre $ 14 bin eşik değerinde maliyet etkililik olasılığının Menactra, Menveo, Nimenrix ve Bexsero aşı stratejilerine göre sırasıyla %5, %60, %46 ve %90 seviyesinde olduğu görülmüştür.

Sonuç ve Öneriler

Analiz bulguları, Türkiye'de ulusal düzeyde geliştirilme çalışmaları yürütülmekte olan potansiyel Meningokok aşısı MenBW'nun Menveo, Nimenrix ve Bexsero aşı stratejilerine göre maliyet-etkili olma potansiyelini ortaya koymaktadır. Bu, KORTUP projesi kapsamında geliştirilecek olan Meningokok aşısının hem sağlık sistemi kaynaklarını etkin kullanma potansiyeline sahip olduğunu hem de çocuklarda hastalık yükünü azaltmada etkili olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Aşı maliyeti, maliyet-etkililik analizi, Markov modeli, sağlık ekonomisi

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S081]
BİRİNCİ BASAMAKTA KANSER TARAMALARINA KATILIMI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN NİTELİKSEL OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

***Seçil Nur Kantaş*, Bülent Kılıç**
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Kanser taramaları, erken tanı ve tedavi şansını artırarak mortaliteyi azaltan en etkili halk sağlığı uygulamalarındandır. Türkiye'de ulusal kanser tarama programları uzun süredir yürütülmesine rağmen katılım oranları hâlen istenen düzeyde değildir. Katılım davranışı; bireysel, toplumsal ve organizasyonel etkenlerin etkileşimiyle şekillenmektedir. Birinci basamak, tarama programlarının uygulanmasında ve bireylerin yönlendirilmesinde en kritik basamaktır. Bu araştırmanın amacı, hizmeti sunanlar, kullananlar ve anahtar kişilerin kanser taramalarına katılımı etkileyen faktörler ve ulusal kanser tarama programı hakkındaki duygu ve düşüncelerini ortaya koymaktır.

Gereç-Yöntem

Çalışma, 2024 yılı Ekim–Kasım aylarında İzmir ili Karabağlar ilçesindeki bir aile sağlığı merkezinde niteliksel (fenomenolojik) yöntemle yürütülmüştür. Katılımcılar amaca uygun ve kartopu örnekleme yöntemiyle seçilmiş olup, 7'si hizmeti kullanan birey, 8'i ASM ve KETEM çalışanı, 3'ü anahtar kişi (akademisyen) olmak üzere toplam 18 kişiyle yüz yüze yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Katılımcıların 14'ü kadın, 4'ü erkek, ortalama yaşı 50'dir. Görüşmeler ortalama 34 (min:17–max:85) dakika sürmüş, ses kaydı alınarak sözel ifadeler Transkriptör uygulaması ile yazıya dökülmüştür. Görüşmelerde kanser tarama testleri ile ilgili düşünceler, kurum ve çalışanların uygulamaları, taramayı kolaylaştıran ve zorlaştıran faktörler ile ulusal programın başarılı ve başarısız bulunan yönleri ve kanser hastalarının tanı ve tedavi sürecine yönelik değerlendirmeler sorgulanmıştır. Yazılı metinler manuel olarak tematik içerik analiziyle çözümlenmiş, kodlar ortaklaştırılarak temalar oluşturulmuştur. Çalışma için etik kurul ve İl Sağlık Müdürlüğü izinleri alınmıştır.

Bulgular

Kodlama sonucunda, bilgi ve farkındalık, tutum ve davranışlar, psikolojik etkenler, organizasyonel etkenler ve toplumsal–çevresel etkenler olmak üzere beş ana tema belirlenmiştir. Görüşmeler, bilgi ve farkındalık düzeyinin taramalara katılımda belirleyici bir faktör olduğunu göstermiştir. Aile hekimi bilgilendirmesi, tüm gruplarda en güçlü teşvik edici faktör olarak öne çıkmıştır. İşlem öncesi açıklama, telefonla davet ve hatırlatma uygulamaları farkındalığı artırmaktadır. Bilgilendirme eksikliği, afiş ve tanıtım yetersizliği, katılımı olumsuz etkilemektedir. Medya, kamu spotları ve halk eğitimleri, farkındalık yaratmada etkili görülmüştür. Yanlış inanışlar (ör. "mamografi kansere yol açar") hâlâ yaygındır ve katılımı azaltmaktadır. Katılımcıların biyolojik risk faktörleri (ailede kanser öyküsü, genetik yatkınlık) ve tutumları, taramaya katılım davranışını önemli ölçüde etkilemektedir. Risk faktörü olan bireyler taramalara daha yatkın, risk algısı düşük olanlar ise gereksiz görmektedir. Aile hekimine güven ve sağlık çalışanı desteği, katılımı artıran önemli etmenlerdir. Olumsuz tutumlar arasında "semptom yoksa gerek görmeme", erteleme davranışı öne çıkmıştır. GGK ve kolonoskopi testlerine yönelik "pis" ve "zor" algısı öne çıkmıştır. Görüşmeler, kanser taramalarına katılımın psikolojik süreçlerle yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Korku, kaygı, çekinme, mahremiyet algısı ve sosyal destek gibi duygusal faktörler kararları doğrudan etkilemektedir. Özellikle "kanser çıkarsa" korkusu, acı korkusu ve erkek doktordan çekinme önemli engeller arasında yer almıştır. Bazı katılımcılar, hastalık sürecinde psikolojik yıpranma ve destek ihtiyacını vurgulamıştır. Bu bulgular, psikolojik etkenlerin katılım motivasyonunu etkilediğini göstermektedir. Katılımcılar, kanser tarama hizmetlerinin etkinliğini sınırlayan pek çok organizasyonel faktör bulunduğunu belirtmiştir. Özellikle insan gücü yetersizliği, hasta yoğunluğu ve artan iş yükü, eğitimli personel eksikliği (radyoloji ve onkoloji alanında, ASM'DE smear alabilecek personel)

ve malzeme ile altyapı yetersizlikleri hizmet sunumunda öne çıkan sorunlar arasında yer almıştır. KETEM ve hastanelerdeki fiziksel koşulların olumsuzluğu da süreci zorlaştıran bir etken olarak ifade edilmiştir. Bilgi sistemleri arasındaki entegrasyon eksiklikleri (mamografiye ilişkin) bazı sağlık çalışanları tarafından dile getirilmiştir. Veri kaydı ve paylaşımındaki eksiklikler hem hizmeti kullanan hem sunanlar tarafından belirtilmiş; tarama sayıları ve sonuçlarının paylaşılmasının farkındalığı artıracağı ifade edilmiştir. Tarama programlarının halen gönüllülük esasına dayanması, zorlayıcı veya teşvik edici sistemlerin eksikliği ve kurumlara duyulan güvensizlik, katılım oranlarının düşük kalmasına neden olmaktadır. Bazı katılımcılar, koruyucu sağlık hizmetlerinin tedavi hizmetlerine kıyasla geri planda kaldığını eleştirmiştir. Randevu sistemleri ve ulaşım kolaylığı, katılımı doğrudan etkileyen unsurlar arasında sayılmıştır. ASM aracılığıyla hatırlatma veya randevu planlamasının yapılması katılımı artıran bir uygulama olarak görülmüştür. Buna karşın, GGK test kitlerinin geri dönmemesi ve kolonoskopi için randevu bulma güçlüğü, hizmet akışında yaşanan aksaklıklar arasında yer almıştır. Kırsal bölgelerde yaşayan, hareket kısıtlılığı olan veya bakım sorumluluğu bulunan bireylerde erişim güçlüğü daha belirgin olabileceği katılımcılar tarafından ifade edilmiştir. Buna karşılık, mobil tarama hizmetlerinin yaygınlaştırılmasının kapsayıcılığı artırdığı vurgulanmıştır. Sağlık çalışanlarının empati, sabır ve naziklik gibi olumlu iletişim biçimleri katılımı teşvik ederken; ilgisizlik, sert tutum veya mahremiyete özen eksikliği hastalarda güvensizlik ve isteksizlik oluşturmuştur. Aile ve sosyal çevrenin yönlendirmesi, özellikle anne–kız ilişkisi bağlamında katılımı artırmaktadır. Buna karşın “ayıp”, “günah” algısı, tutucu çevre baskısı kadınların katılımını sınırlamaktadır. Çalışan kadınlar zaman ve erişim sorunları yaşarken, esnek randevu uygulamaları ve ücretsiz hizmet katılımı kolaylaştırmaktadır. Bazı kadınlar taramayı ailelerine karşı sorumluluk olarak görmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Bu araştırma, kanser taramalarına katılımın bireysel, sosyokültürel ve kurumsal dinamiklerle şekillendiğini ortaya koymuştur. Katılımı artırmak için birinci basamakta bireysel danışmanlık ve aktif yönlendirme uygulamaları güçlendirilmelidir. Aile hekimlerinin hastalarıyla kurduğu güven temelli iletişim, korku ve yanlış inanışların giderilmesinde etkili bir araçtır. Aile hekimi danışmanlığı güçlendirilmeli; kişiye özel SMS/ telefon bilgilendirmesi ve randevu planlaması standart hale getirilmelidir. Toplum farkındalığı artırılmalı, GGK için görsel materyaller ve hatırlatma mesajları kullanılmalıdır. Aile hekimi/ diğer sağlık personeli sayısı ve eğitimleri (smear alımı, GGK bilgilendirmesi) artırılmalıdır. Kurum sayısı ve fiziki koşullar iyileştirilmeli; ASM–KETEM–hastane veri paylaşımı güçlendirilmelidir. Empati ve iletişim eğitimleri düzenli yapılmalı, kurumlar tarafından şeffaflık ve güven sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kanser taramaları, nitel araştırma, birinci basamak, sağlık davranışı

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S082]
PUBMED'DE, OLUMSUZ ÇOCUKLUK DENEYİMLERİ VE OBEZİTE İLİŞKİSİNİ İNCELEYEN YAYINLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

***Doğukan Yardımcı*[1], *Hilal Yazıcı*[2], *Beyza Nur Özkan*[2], *Elif Başak Özkan*[2], *Bünyamin Yalçınkaya*[2], *Ahmet Ertem*[2], *Zeliha İlgiz Mermer*[2], *Mete Demirel*[2], *Benay Topsaç*[2], *Buse Tayyibe Ertuğrul*[2], *Nuri Kılıç*[2], *Burak Çağrı Yıldız*[2], *Didem Daymaz Yılmaz*[1]**

[1]*Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

[2]*Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi*

Giriş-Amaç

Obezite dünya genelinde hızlı ve sürekli biçimde artan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Obezitenin çocukluk dönemindeki belirleyicileri son derece karmaşık olup, bu belirleyiciler son yıllarda araştırmaların ilgi odağı olmuştur. Olumsuz çocukluk deneyimleri de (OÇD), bu araştırmalarda çalışılan önemli konulardandır. Bu çalışmada son beş yılda olumsuz çocukluk deneyimleri ve obezite ilişkisini inceleyen yayınların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Pubmed veritabanında 'Adverse childhood experiences' ve 'obesity'; 'child abuse' ve 'obesity' anahtar kelimeleriyle taranan 18.09.2025 tarihi itibariyle 2020-2025 yılları arasında dizinlenmiş 111 yayın bu araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Tam metne ulaşılamayan, dili İngilizce olmayan, özgün araştırma olmayan, konu ile ilgisiz bulunan yayınlar çalışma dışında bırakılmıştır. Çalışmaya dahil edilen 52 yayın içerik ve bibliyometrik açıdan değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı tipteki araştırmada, çalışmaların; yayın adı, yayın yılı, yayınlandığı dergi ismi, kullanılan anahtar sözcükler, yazar sayısı, çalışmanın yapıldığı yer, araştırma tipi, veri kaynakları, araştırma grubunun özellikleri, çalışmada ölçek kullanılma durumu, çalışmanın ilgili olduğu konu alanları gibi değişkenler ve yayının temel bulguları yönünden değerlendirilmesi yapılmıştır. İstatistiksel analizlerde SPSS paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Üniversite kütüphanesinden ulaşılan ve erişime açık olan yayınlar incelendiği için herhangi bir kurumsal izin alınmamıştır. Tek bir veri tabanının incelenmesi, son beş yıla ait yayınların incelenmesi, sadece yayın dili İngilizce olan ve tam metnine erişilebilen yayınların değerlendirilmesi bu çalışmanın kısıtlılıklarındandır. Yazarlar bu çalışmada herhangi bir çıkar çatışması veya finansal destek bulunmadığını beyan etmektedirler.

Bulgular

Toplam 52 araştırmanın 17 farklı ülkede yapıldığı ve en çok 20 çalışma ile (%38,5) ABD kaynaklı olduğu görülmüştür. Bunu sırasıyla Birleşik Krallık'ta yapılan dokuz çalışma (%17,3), Almanya kaynaklı üç çalışma (%5,8) takip etmektedir. Yayınlardan sadece birinin Türkiye kaynaklı olduğu görülmüştür. Çalışmaların 13'ü (%25,0) 2024 yılında, 13'ü ise (%25,0) 2022 yılında yayınlanmıştır. Çalışmaların en sık (%19,2) altı yazarlı olduğu saptanmıştır. Araştırmaların %46,2'sinde anahtar kelime olarak 'obesity', %40,3'ünde 'Adverse childhood experiences' ve kısaltması olan 'ACEs' kullanılmıştır. International Journal of Obesity (2005) (%5,8) dergisi üç, BMC Public Health (%5,8) dergisi üç araştırma ile konu hakkında en çok yayın yapan dergiler olmuştur. Araştırmaların %88,5'inde etik onay alındığı beyan edilmiştir. Araştırmaların %32,7'si kohort çalışması, %32,7'si kesitsel çalışma, %28,8'i tanımlayıcı çalışma olarak tasarlanmıştır. Çalışma verilerinin %67,3'ü anket çalışması olup, %53,8'i antropometrik ölçümler, %26,9'u ulusal veri seti, %25,0'i görüşmeler, %13,5'i toplum tabanlı kohortlardan elde edilmiştir. Araştırmaların %63,5'inde ölçek kullanılmıştır. Çalışmalar en az 9 en çok ise 359783 kişi ile (ortanca: 3053,0) gerçekleştirilmiştir. Çalışma beyanlarına göre %44,2'si yetişkinlerde, %17,3'ü adolesanlarda, %15,4'ü genç yetişkinlerde, %13,5'i çocuklarda yürütülmüştür. Çalışmalarda olumsuz çocukluk deneyimleri olarak en sık %74,5 fiziksel istismar, %66,7 cinsel istismar, %47,1 duygusal istismar, %45,1 duygusal ihmal, %41,2 ebeveynlerin ayrılması ve

boşanması, %33,3 fiziksel ihmal, %25,5 ebeveynin ölümü, %25,5 uyuşturucu madde veya alkol kullanan ev halkı üyesi mevcudiyeti, %23,5 ebeveynlerin psikiyatrik hastalığı olması, %21,6 ruh sağlığı sorunları olan bir ev halkı mevcudiyeti olması belirtilmiştir. Çalışmalardan birinde OÇD'nin alt tiplendirilmesi yapılmamıştır. OÇD'nin obezite ve kilo durumu ile ilişkisini doğrudan veya dolaylı olarak inceleyen çalışmaların 45'inde (%86,5) ilişki saptanmış olup yedi çalışmada ilişki bulanamamıştır.

Sonuç ve Öneriler

Literatürde son yıllarda OÇD ve obezite ilişkisini inceleyen çalışma sayısının fazla olduğu görülmüştür. Türkiye'de ise bu konuyla ilgili çalışma sayısı sadece birdir. Yapılan çalışmalar, tutarlı bir şekilde çocukluk döneminde yaşanan olumsuzlukları obezite için önemli bir risk faktörü olarak göstermektedir. Bu nedenle obezitenin önlenmesinde ve yönetimindeki yaklaşımların olumsuz çocukluk deneyimlerini ele alması son derece önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk istismarı, obezite, olumsuz çocukluk deneyimleri

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S083]
MANİSA'DA SEÇİLEN İKİ BÖLGEDE 40-69 YAŞ ARASI KADINLARDA MEME KANSERİ TARAMA SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

***Sedat Yiğit*[1], Pınar Erbay Dündar[1], Oğuz Zengin[2], Serhat Avşar[2], Murat Eren Solak[2], Elif Yıldırım[2], Zeynep Özgün[2], İrem Aktürk[2], Buse Bozdemir[2], Berk Gündoğdu[2]**

[1]*Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

[2]*Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem VI. Öğrencisi*

Giriş-Amaç

Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen malignite olup, dünya genelinde kansere bağlı ölümler arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün 2016 yılında yayınladığı Türkiye Kanser Kontrol Planına göre ülkemizde meme kanseri taramalarının kapsayıcılığı %30-35 bulunmuştur. 2018 Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı verilerine göre ülkemizde 15 yaş ve üstü kadınların %39.4'ü hayatında en az bir kere KKMM yapmış, %28,9'u en az bir kere mamografi çektirmiştir. Türkiye'de meme kanseri tarama programı kapsamında 20 yaşından sonra her ay kendi kendine meme muayenesi (KKMM), 20 yaş üzeri 2 yılda bir 40 yaş üzeri yılda bir klinik meme muayenesi, 40-69 yaş arası kadınlara 2 yılda bir mamografi çekilmesi bulunmaktadır. Etkin bir tarama programında, hedef nüfusun %70'ine ulaşılması hedeflenir. Yapılan araştırmalara göre, gelişmiş ülkelerde mamografi taramalarına katılım oranı %60-80 arasında değişmektedir. Örneğin son 2 yılda mamografi çektirme oranları İsveç'te %81, ABD'de %72,1, Hollanda'da %72 olarak belirtilmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde bu oran %20-50 civarındadır. Bu çalışma, Manisa'da seçilen kentsel ve yarı kentsel bölgelerde yaşayan 40-69 yaş arası kadınların meme kanseri tarama programına katılma düzeyi ve ilişkili faktörleri incelemeyi amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem

Çalışma Manisa'da seçilen kentsel ve yarıkentsel iki bölgede yapılan kesitsel bir çalışmadır. Bu çalışmanın evrenini bu bölgelerde yaşayan TÜİK mahalle nüfusuna kayıtlı 40-69 yaş arası 5644 kadın oluşturmaktadır. Araştırmada örnek büyüklüğü Open Epi Info 7 programı ile, %95 güven düzeyinde, %32 prevelans, %5 sapma, desen etkisi 1 olacak şekilde 316 kişi olarak hesaplanmıştır. Araştırmada küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bölge nüfusuna göre tabakalandırarak toplam 32 küme başı hane belirlenmiş ve her bir kümenin 10 haneden oluşmasına karar verilmiştir. Küme başı haneler TÜİK mahalle istatistik verilerinden rastgele seçilmiştir. Araştırmanın verileri yapılandırılmış anket formu aracılığıyla yüz yüze anket yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Araştırmada 46 kişi araştırmaya katılmayı reddetmiş, 36 kişi evde bulunamamıştır. Araştırmaya katılan kişi sayısı 320'dir. Evde bulunamayan ve reddedenler icin bir sonraki haneye gidilmiş ve toplamda 402 hane ziyareti yapılmıştır. Araştırmanın katılım oranı %79,6 olarak bulunmuştur. Araştırmanın bağımlı değişkeni iki yılda bir düzenli olarak mamografi çektirme olarak belirlenmiştir. Bağımsız değişkenleri; sosyodemografik özellikler, yaşam biçimi özellikleri, meme kanseri bilgi düzeyi (19 soru), meme kanseri tutumu (9 soru) olarak sorgulanmıştır. Meme kanseri bilgisini ve tutumunu ölçmek için geliştirilen soruların her birine doğru yanıt verenlere 1 ve yanlış yanıt verenlere 0 puan verilerek ortanca değerleri alınmış ve ortanca değer üstü iyi bilgi ve tutumu gösterirken, altındaki değer kötü bilgi ve tutumu işaret etmektedir. Veri analizi SPSS 27 programı ile tanımlayıcı istatistikler, tek değişkenli analizlerde Ki-kare testi ve çok değişkenli analizlerde logistik regresyon analizi kullanılmıştır. Tip 1 hata değeri 0.05 olarak kabul edilmiştir. Araştırma için Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Etik Kurulundan onay alınmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 52,2±7,8 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılanların %43,1'i lise altı eğitim düzeyinde, %79,1'i evli ve %57,8'i çalışmaktadır. Katılımcıların %44,1'i meme kanseri konusunda yeterli bilgiye ve %49,1 yeterli tutuma sahiptir. Tek değişkenli analizlerde eğitim durumu lise üstü olanlarda,

çekirdek aile yapısına sahip olanlarda, 12 yaşına kadar il merkezinde yaşamış olanlarda, gelir düzeyinin yüksek olanlarda, kentsel mahallede yaşayanlarda, ailede yaşayan kişi sayısı 4 kişiden az olanlarda, sağlık güvencesi olanlarda, KKMM yapanlarda, klinik meme muayenesi yaptıranlarda, sağlıklı beslendiğini düşünenlerde, meme kanseri bilgi düzeyi yeterli olanlarda, meme kanseri tarama programına katılma konusunda tutumları yeterli olanlarda ve aile hekimi/aile sağlığı elemanı tarafından meme kanseri taraması için yönlendirilenlerde, iki yılda bir düzenli olarak mamografi çektirme oranı istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). İleri analiz sonuçlarına göre mamografi taramalarına düzenli katılmama için önemli değişkenler; Aile Hekimi tarafından yönlendirilmeme 2,1 kat(GA:1,14-3,85), meme kanseri hakkında yetersiz tutum 3,8 kat(GA 1,99-7,29) ve eğitim düzeyi düşüklüğü 3,5 kat (GA 1,63-7,51) daha riskli olduğu bulunmuştur.

Sonuç ve Öneriler

Elde edilen sonuçlara göre, kadınların kanser tarama programlarına katılımını artırmak için mamografi konusunda tutumu yeterli hale getirecek müdahaleler planlanmalı ve aile hekimlerinin yönlendirme süreci güçlendirilmelidir. Eğitim seviyesi düşük olan gruplara yönelik bilgilendirme çalışmaları yapılmalı ve KETEM gibi merkezlerin hizmetlerinden daha fazla yararlanılması sağlanmalıdır. Özellikle eğitim düzeyi düşük bölgelerde birinci basamak sağlık örgütünün hem olumlu tutum hem de tarama randevusunun planlanması açısından kritik önemde olduğu görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kanser taramaları, mamografi, meme kanseri

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S084]
MANİSA'DA SEÇİLİ İKİ BÖLGEDE 18-64 YAŞ VE ARALIĞINDAKİ BİREYLERİN FİZİKSEL AKTİVİTE SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

***Sedat Yiğit*[1], *Pınar Erbay Dündar*[1], *Selamettin Ünlü*[2], *Helin Akdoğan*[2], *Doğa Bıyık*[2], *Şeyda Nur Kurt*[2], *Selman Tunay Kalkan*[2], *Doğukan Ateş*[2], *Erdem Çatalsarık*[2], *Mert Özkan*[2]**

[1]*Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

[2]*Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem VI. Öğrencisi*

Giriş-Amaç

Yetersiz fiziksel aktivite, küresel ölçekte ölüm, erken ölüm ve yeti yitiminin başlıca nedenlerindendir. DSÖ yaşlılar dahil olmak üzere yetişkinlerin her hafta orta yoğunlukta en az 150 dk aerobik fiziksel aktivite yapmasını önermektedir. Düzenli yapılan fiziksel aktivitenin; kardiyovasküler hastalık, Tip II diabetes mellitus, hipertansiyon, iskemik inme, meme kanseri, osteoporoz ve obeziteyi azaltmada etkili olduğu bildirilmektedir. Sağlık Bakanlığının yayınlamış olduğu Sağlık İstatistik Yıllığı 2017 verilerine göre 15 yaş üstü fiziksel aktivitenin düşük olma durumu % 49,4 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda Manisa ili kentsel ve yarıkentsel bölgede ikamet eden 18-64 yaş ve aralığındaki bireylerin fiziksel aktivite sıklığı ve ilişkili faktörlerin araştırılması amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem

Manisa'da seçilen kentsel ve yarıkentsel iki bölgede yapılan kesitsel çalışmanın evrenini bu bölgelerde yaşayan TÜİK mahalle nüfusuna kayıtlı 18-64 yaş arası 10952 kişi oluşturmaktadır. Araştırmada örnek büyüklüğü Open Epi Info 7 programı ile, %95 güven düzeyinde, %50 prevelans, %5 sapma, desen etkisi 1 olacak şekilde 372 kişi olarak hesaplanmıştır. Araştırmada küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bölge nüfusuna göre tabakalandırarak toplam 38 küme başı hane belirlenmiş, her bir küme 10 haneden oluşmuş ve küme başı haneler TÜİK mahalle istatistik verilerinden rastgele seçilmiştir. Araştırmanın katılım oranı %90.1 (n=335)'dir. Araştırmanın verileri yapılandırılmış anket formu aracılığıyla yüz yüze anket yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni olan fiziksel aktivite düzeyini değerlendirmek üzere 7 soruluk Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi kısa formu (IPAQ-S) kullanılmıştır. Analizlerde IPAQ kısa formunun değerlendirilmesinde inaktif ve minimal aktif grupları birleştirilmiş ve bu gruba dahil olanlara yetersiz fiziksel inaktivite olarak ve çok aktif olan grupta yer alanlar ise yeterli fiziksel aktivite olarak 2 grupta değerlendirilmiştir. Araştırmanın bağımsız değişkenleri; sosyodemografik özellikler, yaşam biçimi, fiziksel aktivite ile ilişkili özellikler ve Schembre ve ark. (2015) tarafından geliştirilen, Eskiler ve ark. (2016) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği sağlanmış, 15 ifade ve 3 alt boyuttan oluşan ve Cronbach's Alfa güvenilirlik katsayısı 0.84 olarak belirlenen Bilişsel Davranışsal Fiziksel Aktivite Ölçeği (BAFAÖ) kullanılmıştır. Veriler SPSS 31 programında tanımlayıcı istatistikler, bağımsız gruplarda t-testi ve Ki-kare testi ile değerlendirilmiştir.Tek değişkenli analizlerde anlamlı bulunan değişkenlerle lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Tip 1 hata değeri 0.05 olarak kabul edilmiştir. Araştırma için Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Etik Kurulundan onay alınmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 39.7±13.3 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %60.0 kadın, %60.6'sı evli, %77.3'ü lise ve üstü eğitimlidir. Katılımcıların %58.5'i gelir getiren bir işte çalışıyor ve %60.0'ının geliri giderden az veya eşit olduğunu belirtmektedir. Katılımcıların %27.2'sinin kronik bir hastalığı vardır, %45.1'i sigara ve %49.9 arasıra veya sık sık alkol kullanıyor. Beden kitle indeksine göre %32.8 fazla kilolu ve %17.3'ü obezdir. Katılımcıların %39.4'ü şimdiye kadar fiziksel bir aktivite programına katılmış ve %73.1'i yürüyüş, %18.8'i fitness ve %16.1'i pilates/yoga aktivitelerini tercih ettiğini belirtmiştir. Katılımcıların %49.9'u haftada 150 dk fiziksel bir aktivitede bulunduğu belirmiştir. Katılımcıların fiziksel aktiviteyi engelleyici faktör olarak

%62.7 yeterli zaman bulamama, %25.7 aile sorumluluklarının fazla olması ve %24.8 altyapı eksikliğinden kaynaklandığını belirtmiştir. Fiziksel aktiviteyi kolaylaştırıcı faktör olarak %51.6 egzersiz için partner/arkadaş olması, %37.9 sağlığım için egzersizi gerekli görme, %33.6 mahallede fizik aktivite için altyapının yeterli olması (park,yürüyüş yolu vb.) şeklinde belirtmiştir. Katılımcıların Bilişsel Davranışsal Fiziksel Aktivite Ölçeği'ne göre %48.1'i yeterli bulunmuştur. Katılımcıların İPAQ-S göre %37.3'i inaktif, %42.4'i minimal aktif ve %20 .3'ü çok aktif olarak değerlendirilmiştir. Tek değişkenli analizlerde; kadınlarda, boşanmış/dul olanlarda, düşük eğitim durumu, para getiren işte çalışmama, geliri düşük olanlar, şimdiye kadar fiziksel aktivite programına katılmayanlar ve BAFAÖ puanı yetersiz olanlar fiziksel inaktivite sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur($p< 0.05$).

Sonuç ve Öneriler

İleri analiz sonuçlarına fiziksel inaktivite riski kadınlarda 2.26 kat(GA:1.21-4.21), medeni durumu boşanmış veya eşi ölmüş olanlarda 6.9 kat(GA:1.21-39.87) yüksektir. Engelleyici faktörler arasında yeterli zaman bulamama, aile sorumluluklarının fazla olması ve alt yapı eksikliği en sık gösterilen nedenler arasındadır. Kamu ve özel Sektörde çalışanlara yönelik fiziksel aktivite konusunda altyapı olanaklarının sağlanması, yerel yönetimlerin rekreasyon alanlarını yaygınlaştırması fizik aktivite için kolaylaştırıcı bir rol üstlenebilir. Tüm toplum için ancak, özellikle kadınları önceleyen fiziksel aktiviteyi teşvik eden politikalar geliştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Bilişsel Davranışsal Fiziksel Aktivite Ölçeği (BAFAÖ), fiziksel aktivite, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi kısa formu (İPAQ-S)

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S085]
TÜRKİYE'DE HEMATOLOJİK KANSERLERE BAĞLI ERKEN ÖLÜMLER: ORTALAMA YAŞAM SÜRESİ KISALMASI 2011-2020

***Serap Baysal*[1], *Burcu Tokuç*[2], *Mehmet Baysal*[3], *Gamze Varol*[1], *Seval Akpınar*[3]**
[1]*Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[2]*Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı*
[3]*Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Hematoloji Bilim Dalı*

Giriş-Amaç

Erken ölüm oranlarındaki uzun vadeli eğilimleri incelemek için mevcut yaşam kaybı ölçümlerini kullanırken karşılaştırılabilirlik konusunda zorluklar yaşanmaktadır. Bu nedenle 2020 yılında yeni bir ölçüt "Ortalama Yaşam Süresi Kısalması (OYSK) – Avarage Lifespan Shortened (ALSS)" geliştirilmiştir. Bu çalışmada, 2011'den 2020'e kadar Türkiye'de hematolojik kanserlere bağlı erken ölüm oranlarındaki zamansal değişikliklerin OYSK (ALSS) ölçütü kullanılarak belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Akut ve Kronik Lenfoblastik Lösemi (ALL ve KLL), Akut ve Kronik Myeloid Lösemi (AML ve KML), Hodgkin ve Non Hogdkin Lenfoma (HL ve NHL), Multipl Miyeloma (MM) için ölüm verileri Dünya Sağlık Örgütü ölüm veri tabanından elde edilmiştir. Nüfus verileri TÜİK Adrese Dayalı Nüfus kayıt Sistemi verilerinden elde edilmiştir. Hematolojik kanserlerden kaynaklanan ölümler için 100.000 kişi başına yaşa göre standardize edilmiş ölüm hızları (SÖH - ASMR), Segi Dünya Standart Nüfusuna göre doğrudan standardizasyon yöntemi kullanılarak hesaplanmıştır. Kaybedilen yaşam yılı (KYY) – Years Life Lost (YLL) Küresel Hastalık Yükü Projesindeki metodolojiye göre TÜİK tarafından yayınlanan Türkiye Tek Yaş Yaşam Tablolarına üzerinden hesaplanmıştır. OYSK (ALSS), toplam kaybedilen yaşam yılı ile beklenen yaşam süresi arasındaki oran olarak, di: i yaşındaki ölüm sayısı, ei: i yaşındaki yaşam beklentisi, ai:ölüm yaşını temsil ettiği aşağıdaki formül ile hesaplanmıştır. OYSK (ALSS) = 100 x Σdi x ei / Σdi x (ai+ ei) Tüm hesaplamalar Microsoft Excel ve IBM SPSS Ver. 31.1 programları kullanılarak yapılmıştır. Anonimleşmiş veriler kullanıldığı için etik kurul izni alınmasına gerek duyulmamıştır.

Bulgular

10 yıllık bir zaman diliminde, Dünya Standart Nüfusuna göre ayarlanmış yaşa göre standardize edilmiş hızların tüm hematolojik kanserlerden kaynaklanan ölümler için (Yüzbin kişide 2011:6,83; 2020: 6,10 ölüm) ve tüm hematolojik kanser türleri için azaldığı belirlenmiştir. Yeni ölçüt OYSK (ALSS) sonuçları, tüm hematolojik kanserlerden ölen hastaların yaşam sürelerinin çalışma süresi içinde iyileştiğini göstermiştir. Hematolojik kanserlerden ölenler 2011 yılında yaşam sürelerinin yaklaşık %81'ini kaybederken, bu oranın 2020 yılında yaklaşık %76'a düştüğü belirlenmiştir. Bu değişimin, ALL için %93'ten %90'a, AML için %83'den %78'e, KLL için %74'den 59'a, KML için %76'dan %66'ya, HL için %86'dan %81'e, NHL için %78'den %74'e, MM için %73'ten %69'a düşüş şeklinde olduğu ortaya konmuştur.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmanın sonuçları, hematolojik kanserli hastaların 10 yıllık bir süre boyunca daha uzun süre hayatta kaldıklarını, ancak bu yaşam süresi kazanımlarının büyüklüğünün hematolojik kanser türlerine göre değiştiğini göstermiştir. Yeni bir ölçüt olarak tanımlanan OYSK (ALSS) hastaların yaşam süresindeki değişikliklerin yorumlanmasını sağlamakta ve hastalık yüklerini anlamamıza yardımcı olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hematolojik kanserler, erken ölüm, ortalama yaşam süresi kısalması

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S086]
KRONİK HASTALIK YÖNETİMİ VE MANİSA KENT MERKEZİNDE AİLE HEKİMLERİNİN HASTALIK YÖNETİM PLATFORMU (HYP) UYGULAMALARI

***Yunus Özkaya*, Erhan Eser**
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Toplumun hekimlere başvuru oranları ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına %56,7 iken birinci basamağa başvuru oranı %43,3'tür. (SB İstatistikleri 2024)

Bu durumda, özellikle aile hekimliği alanında birinci basamak sağlık hizmetlerinin, kronik hastalıkların korunması, tedavi edilmesi ve rehabilitasyon süreçlerine odaklanarak güçlendirilmesi gerektiği açıkça ortaya çıkmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesiyle, kronik hastalıklarla etkili bir mücadelede mortalite ve morbidite oranlarında belirgin azalmalar öngörülmektedir.

HYP, hipertansiyon, diyabet, obezite, kardiyovasküler risk değerlendirmesi ve yaşlı sağlığı gibi öncelikli kronik hastalıkların tarama ve izleme süreçlerini içeren modüllerin yer aldığı ve popülasyon takibi bölümü ile aile hekimlerine kayıtlı kişilerinin tarama ve izlemlerine dair istatistikleri görüntüleme olanağı sunan bir yazılımdır. Hasta bilgilerinin elektronik ortamda güncellenmesi, sağlık hizmeti sunucuları arasındaki iletişimi kolaylaştırmaktadır.

Kayseri'de yapılan HYP yazılımının değerlendirildiği, aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının HYP ile ilgili düşüncelerinin sorgulandığı bir çalışmada, katılımcıların %46,5'i HYP'nin kronik hastalık insidansının azaltılmasında yardımcı olacağını ve %61,3'ü HYP'nin kronik hastalıkların takibini kolaylaştırdığını belirtmiştir.

İstanbul'da toplamda 751 aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı ile yapılan tanımlayıcı bir araştırmada HYP kullanan katılımcıların oranı %55,8 olarak bulunmuştur ve katılımcıların %22,1'i kronik hastalıklara sahip hastalarında tarama ve izlem yapmamaktadır. HYP kullanımıyla kronik hastalıkların insidansının azalacağını düşünenlerin oranı %36,4 ve HYP kullanımının önündeki en büyük engelin zaman kaybı olduğunu düşünenlerin oranı %79,4 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda SB tarafından uygulamaya koyulan ve aile hekimlerinin isteğe bağlı olarak yaptığı HYP uygulamasının, isteğe bağlı olmaktan çıkarıldığı ve tüm aile hekimliği birimlerince uygulanmasını gerektiren 30.10.2024 tarih ve 32707 sayılı mevzuat değişikliği öncesi Manisa kent merkezinde görev yapmakta olan aile hekimlerinde kronik hastalık bakım/hizmet niteliğinin tanımlanması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Çalışmada Manisa ilinin iki merkez ilçesinde 2023 yılında hizmet veren tüm aile hekimliği birimlerine ulaşılması hedeflenmiştir. Tanımlayıcı tipte olan araştırmanın verileri araştırmacının kendisi tarafından aile hekimliği birimleri ziyaret edilerek yüz yüze anket formu ile toplanmıştır. Bu iki merkez ilçede bulunan toplam 126 AH biriminden 111'i çalışmaya katılmıştır. AH birimleri için kapsayıcılık %88,1 olmuştur.

Verilerin değerlendirilmesinde SB HYP Uygulama Kılavuzu esas alınarak diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler risk, obezite ve yaşlı sağlığı parametrelerinde tarama ve izlem asgari başarı (ab) yüzdeleri sırasıyla %40 ve %50; rahim ağzı kolorektal ve meme kanserinde tarama ab yüzdeleri sırasıyla %50, %50 ve %40 sınır değer olarak kullanılmıştır.

Bulgular

Aile hekimlerinin %55,0'inin HYP eğitimi aldığı, %37,8'inin HYP kullanarak kayıtlı nüfusta tarama/izlem yaptığı ve HYP kullanarak tarama/izlem yapanların %61,9'unun her ay düzenli, %23,8'inin çoğu aylar ve %14,3'ünün bazı aylar yaptığı bulunmuştur.

Aile hekimlerinin anketin uygulandığı aydan bir önceki ay kayıtlı nüfusta pozitif performans katsayısına ulaşabilmek için yaklaşık olarak yaptıkları tarama ve izlem başarı yüzdeleri sorgulandığında diyabet taraması için ortalama başarı yüzdesi 36,06±59,32 (Min:0,0, Max:313,3) ve %32,4'ünün ab yüzdesi ve üzerinde diyabet taraması yaptığı, diyabet izlemi için ortalama başarı yüzdesi 13.19±26.38 (Min:0,0, Max:112,5) ve %15,3'ünün ab yüzdesi ve üzerinde diyabet izlemi yaptığı, Hipertansiyon taraması için ortalama başarı yüzdesi 18,84±32,91 (Min:0,0, Max:148,0) ve %23,4'ünün ab yüzdesi ve üzerinde hipertansiyon taraması yaptığı, hipertansiyon izlemi için ortalama başarı yüzdesi 9,56±21,81 (Min:0,0, Max:100,0) ve %9,1'inin ab yüzdesi ve üzerinde hipertansiyon izlemi yaptığı, Kardiyovasküler risk taraması için ortalama başarı yüzdesi 24,89±39,77 (Min:0,0, Max:192,9) ve %28,8'inin ab yüzdesi ve üzerinde kardiyovasküler risk taraması yaptığı, kardiyovasküler risk izlemi için ortalama başarı yüzdesi 18,84±35,37 (Min:0,0, Max:154,0) ve %18,1'inin ab yüzdesi ve üzerinde kardiyovasküler risk izlemi yaptığı, Obezite taraması için ortalama başarı yüzdesi 20,03±35,13 (Min:0,0, Max:147,0) ve %23,4'ünün ab yüzdesi ve üzerinde obezite taraması yaptığı, obezite izlemi için ortalama başarı yüzdesi 19,37±37,65 (Min:0,0, Max:125,0) ve %18,9'unun ab yüzdesi ve üzerinde obezite izlemi yaptığı, Yaşlı değerlendirme taraması için ortalama başarı yüzdesi 1,21±9,34 (Min:0,0, Max:95,0) ve %0,9'unun ab yüzdesi ve üzerinde yaşlı değerlendirme taraması yaptığı, yaşlı değerlendirme izlemi için ortalama başarı yüzdesi 3,65±18,89 (Min:0,0, Max:155,0) ve %2,7'sinin ab yüzdesi ve üzerinde yaşlı değerlendirme izlemi yaptığı bulunmuştur.

Aile hekimlerinin son bir yılda kayıtlı nüfusta yaklaşık olarak yaptığı kanser tarama yüzdeleri sorgulandığında serviks kanseri için ortalama tarama yüzdesi 20,89±24,95 (Min:0,0, Max:100,0) ve %18,9'nun ab yüzdesi ve üzerinde serviks kanseri taraması yaptığı, Kolorektal kanser için ortalama tarama yüzdesi 26,76±31,80 (Min:0,0, Max:110,0) ve %25,2'sinin ab yüzdesi ve üzerinde kolorektal kanser taraması yaptığı, Meme kanseri için ortalama tarama yüzdesi 25,16±30,01 (Min:0,0, Max:100,0) ve %29,7'sinin ab yüzdesi ve üzerinde meme kanseri taraması yaptığı bulunmuştur.

Aile hekimlerinin HYP kullanarak kayıtlı nüfusta tarama/izlem yapmama nedenleri sorgulandığında %88,4'ünün iş yükü, %69,5'inin nüfus fazlalığı, %26,1'inin maddi teşvik yetersizliği, %26,1'inin hastalarla iletişim ve iş birliği sorunu, %7,2'sinin mevcut kullanılan sistemle entegrasyonun olmaması ve %4,3'ünün lojistik yetersizlikler nedeniyle HYP kullanarak kayıtlı nüfusta tarama/izlem yapmadıkları bulunmuştur.

Sonuç ve Öneriler

Tarama ve izlem hedeflerine ulaşabilen AH yüzdeleri çok yönlü yaşlı değerlendirmesi için sırasıyla %0,9-2,7 arasındadır. HYP kapsamındaki diğer dört durum için en iyi tarama yüzdesi %32,4 ile diyabete, en kötü tarama yüzdesi %23,4 ile obeziteye aittir. İzlem yüzdeleri açısından ise en iyi izlem yüzdesi %18,9 ile obeziteye, en kötü izlem yüzdesi ise %9,1 ile hipertansiyona aittir. Türkiye'de Kronik Hastalık Yönetimini iyileştirmek için hizmet kapsamına alınan HYP hizmet kalemleri açısından Sağlık Bakanlığının asgari hizmet hedeflerine göre, Manisa ili Şehzadeler ve Yunusemre ilçelerinde tarama hizmetleri, izlem hizmetlerinden daha başarılıdır. Ancak her iki hizmet açısından HYP uygulamaları istenen düzeyin çok altındadır. Aile hekimlerinin %62,2'si HYP uygulamasını kullanmamaktadır. En iyi ihtimalle her 10 aile hekiminden yaklaşık dördü kayıtlı nüfusunda tarama yapmakta, her 10 aile hekiminden yaklaşık bir veya ikisi kronik hastalık izlemi yapmaktadır. Birinci basamak kronik hastalık bakım/hizmet niteliğini geliştirmek için hizmet altyapısının ve mesleki motivasyonun artırılması ve HYP yapmama nedenlerinin başında gelen AHB nüfus ve iş yükü fazlalığının azaltılması için politika yapıcılar tarafından gerekli önlemler alınması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak sağlık hizmetleri, hastalık yönetim platformu, HYP, kronik hastalık yönetimi

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S087]
SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KANSER TARAMALARINA YÖNELİK BİLGİ VE DAVRANIŞLARI: BİRİNCİ BASAMAK ÖRNEĞİ

Pelin Şavlı Emiroğlu, Beril Kara Esen, Büşra Sandıklı
İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı

Giriş-Amaç

Kanser tüm dünyada yaygın görülen halk sağlığı sorunlarının başında gelmekte olup, her yıl yaklaşık 20 milyon yeni tanı görülmekte ve 10 milyon kişi kanser nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Kansere bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltmak amacıyla tarama programları yürütülmektedir. Ülkemizde Ulusal Kanser Kontrol Programı kapsamında meme, serviks ve kolorektal kanser taraması uygulanmaktadır. Ancak yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının kanser taramalarını yaptırma oranının düşüklüğü dikkat çekicidir. Bu çalışma ile taramaya erişimi kolay olan ve topluma rol model olması beklenen birinci basamak sağlık çalışanlarının kanser tarama programı bilgi ve katılım düzeylerini öğrenmek ve elde edilen verilerin, kanser taramalarını arttırmaya yönelik müdahale çalışmalarına yol göstermesi amaçlanmaktadır.

Gereç-Yöntem

Araştırma kesitsel bir çalışma olup 15.08.-15.10.2025 tarihleri arasında İstanbul'da yürütülmüştür. Evreni İstanbul'da birinci basamakta çalışan yaklaşık 15000 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. OpenEpi programı ile kolorektal kanser tarama bilgi düzeyi benzer bir çalışmadan %20.16, alfa=0.5 alınarak hedeflenen minimum kişi sayısı 244 olarak hesaplanmıştır. Veriler literatürden yararlanarak araştırıcılar tarafından hazırlanan 3 bölümlük anket ile toplanmıştır. Anketin 1. bölümünde sosyodemografik özellikler, alışkanlıklar, algılanan sağlık düzeyi, kronik hastalıklar, yakınlarda kanser tanısı; 2. bölümünde kanser taramaları hakkında bilgi düzeyi; 3. bölümünde kanser taramalarını yaptırma durumu sorgulanmıştır. Bilgilendirilmiş gönüllü onam alınan kişiler çalışmaya dahil edilmiştir. Anket Google Forms üzerinden oluşturulmuş, kolayda örnekleme yöntemiyle Aile Sağlığı Merkezleri (ASM), İl Sağlık Müdürlüğü (İSM) ve İlçe Sağlık Müdürlüklerinde(İLSM) çalışan kişilere ulaşılmıştır. Analizler SPSS 21.0 programında Ki-kare, Fisher'ın kesin testi, Mann-whitney U testi ve binominal regresyon analizi ile yapıldı. Çalışma Helsinki Bildirgesi gözetilerek yürütülmüş ve Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden etik kurul izni alınmıştır (06.08.2025/No:2025-14-13).

Bulgular

Çalışmaya katılan 409 sağlık çalışanının yaş ortalaması 39.86±10.9, %76.5'i kadındı ve %47.9'u İLSM ile %38.6'sı ASM'de çalışmaktaydı. Katılımcıların %98.3'ü mamografi(MMG), %94.9'u serviks kanseri, %90' u gaitada gizli kan(GGK) ve %75.6'sı kolonoskopi ile tarama hakkında bilgi sahibiydi. İLSM ve İSM'de çalışanların hem serviks kanseri hem de GGK tarama koşullarını bilme oranı ASM'dekilere göre daha düşüktür (p=0.001 ve p<0.001). GGK ve serviks kanseri tarama bilgisi diğer sağlık personelinde hekimler ve hemşire/ebe'lere göre daha düşüktür(p<0.001 ve p<0.001). Kolonoskopi tarama bilgisi ise hekimlerde diğer sağlık çalışanlarına oranla daha yüksektir (p<0.001). Kolon kanseri tarama grubundaki 70 kişinin 18'i son 2 yılda GGK yaptırmıştı. GGK taraması yaptıranlarda yüksek lisans/doktora düzeyinde eğitimi olanların oranı yaptırmayanlara göre daha fazlayken çok değişkenli analizde bu ilişki görülmedi. Meme tarama grubunda olan 150 kişinin 82'si son 2 yılda MMG çektirmişti. Regresyon analizine göre ileri yaş (OR:1.13, %95CI:1.05-1.22) ve sağlıklı beslendiğini düşünmek (OR:2.39, %95CI:1.11-5.14) MMG yaptırma oranını arttırmaktadır. Serviks kanseri tarama grubundaki 253 kişinin 157'si son 5 yılda tarama yaptırmıştır. Regresyon analizine göre ileri yaş(OR:1.07, %95CI:1.03-1.12), çocuk sahibi olmak(OR:8.13, %95CI:3.93-16.79) ve kanser tanısı alan yakının olması(OR:2.26, %95CI:1.19-4.24) serviks kanseri taraması yaptırma ihtimalini arttırmaktadır. Kişilerin GGK, MMG ve serviks kanseri taramasını yaptırmama nedenlerine bakıldığında her tarama grubu için en sık nedenin erteleme/ihmal etme, ikinci sırada ise sağlıklı hissetmek olduğu görülmüştür.

Sonuç ve Öneriler

Çalışmada, birinci basamak sağlık çalışanlarının tarama programları hakkında bilgi düzeyi yüksek olsa da bu bilgilerinin taramaya katılma davranışına yeterince yansımadığı görülmüştür. Taramalara katılmama nedenleri arasında en sık "erteleme/ihmal" ve "sağlıklı hissetme" yer almıştır. İleri yaş ve ailede kanser öyküsünün bulunması tarama yaptırma olasılığını artıran faktörlerken sahada aktif çalışmayan müdürlük personellerinin bilgi düzeyinin daha düşük olduğu dikkat çekmiştir. Sonuç olarak, bilgi düzeyleri yeterli olsa da davranışsal ve algısal engeller tarama oranlarını olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle, kurum içi hatırlatma sistemlerinin kurulması ve güncel bilgileri içeren farkındalık eğitimlerinin sürdürülmesi planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kanser taramaları, sağlık çalışanları, farkındalık, davranış, birinci basamak

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S088]
KRONİK HASTALIK BAKIMINI DEĞERLENDİRME ANKETİ HİZMET SUNUCU (KBDHS) SÜRÜMÜNÜN (ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS CARE-ACIC) TÜRKÇE GEÇERLİLİĞİ VE GÜVENİLİRLİĞİ

***Yunus Özkaya*, Erhan Eser**
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Kronik hastalıklar (Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar- BOH) genellikle yavaş seyirli, düzenli ve sürekli tedavi, bakım ve izlem gerektiren sağlık sorunlarıdır. Bu hastalıklar, bir ya da daha fazla sistemde geriye dönüşü olmayan fonksiyon ve yapı bozukluklarına yol açabilir ve kişilerde yeti yitimine neden olabilir. Kronik hastalıkların yaygınlaşması, kronik hastalık kontrolü ve toplum merkezli hastalık yönetimi programlarının büyük önem taşıdığı günümüzde giderek daha fazla vurgulanmaktadır. Kronik hastalık yönetimi, hastalığın tedavisi ile birlikte bireye kendi kendine yönetim becerisi kazandırmayı amaçlayan birçok eğitim ve öğretim tekniği ile desteklenen bir süreci içermektedir. Kronik hastalık yönetimi için farklı modeller önerilmiştir, ancak bu modeller arasında en yaygın tercih edilen ve etkin olarak kabul edileni "Kronik Bakım/Hizmet Modeli" dir. Kronik Bakım/Hizmet Modeli esas alınarak Glasgow ve ark. süregen bir hastalığı olan bireylerin kendilerinin yanıtladığı (hasta merkezli), "The Patient Assessment Of Chronic Illness Care (PACIC)" ölçeğini, Bonomi ve ark. sağlık profesyonellerinin yanıtladığı, "Assessment of Chronic Illness Care (ACIC)" ölçeğini geliştirmişlerdir. Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu'nun Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği 2011 yılında İncirkuş ve ark. tarafından yapılmıştır. Kronik Hastalık Bakım/Hizmet Değerlendirme Ölçeği - Hasta Anketinin (KBDh) (Patient Assessment of Chronic Illness Care- PACIC) Türkçe Sürümünün Çeşitli Süregen Hastalıklardaki Yapı Geçerliliği ise 2017 yılında Dede ve ark. tarafından yapılmıştır. Çalışmamızda, Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Anketi, Hizmet Sunucu (KBDhs) sürümünün (Assessment of Chronic Illness Care-ACIC) Türkçeye uyarlanması ve ölçeğin Türkçe sürümünün, Türkiye'de aile hekimliği birimleri örneğinde geçerliliği ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi ve KBDhs Türkçe sürümünün, ülkemizde birinci basamak kronik hastalık izlemlerinin değerlendirilmesinde ve hizmet niteliğinin izlenmesi ve geliştirilmesinde bir ölçüm aracı olarak kullanılması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

«KRONİK HASTALIK BAKIMINI DEĞERLENDİRME ANKETİ HİZMET SUNUCU (KBDhs) SÜRÜMÜNÜN (ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS CARE-ACIC) TÜRKÇE GEÇERLİLİĞİ VE GÜVENİLİRLİĞİ» adlı uzmanlık tezinde, Manisa ilinde 2023-2024 yıllarında görev yapan ve araştırma katılım çağrısına yanıt veren tüm aile hekimleri çalışmaya dahil edilmiştir. Yeterli örneklem sayısına ulaşılması için KBDhs ölçeğinin toplam 34 maddesinin her bir maddesi için en az 5 katılımcı alınmıştır. Bu aşamada 169 Aile Hekimliği birimi çalışmaya katılmıştır ve yapılan analizlerde Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri 0,924 olarak bulunmuş örnek büyüklüğünün yeterli olduğu gösterilmiştir. KBDhs ölçeğinin taban/tavan özellikleri, çarpıklık ve basıklık özellikleri tanımlanmış, iç tutarlılık (Cronbach's Alfa ile değerlendirilmiştir) ve yapı geçerliliği (Doğrulayıcı FA, bilinen gruplar geçerliliği) test edilmiştir. DFA için ki-kare/serbestlik derecesi, RMSEA, SRMR, CFI ve NFI kullanılmıştır.

Bulgular

Ölçeğin tavan ve taban yüzdeleri %0,00, çarpıklık değeri 0,244 ve basıklık değeri 0,138 olarak bulunmuştur ve dağılımın normal olduğunu gösterilmiştir. Tüm maddeler için korelasyon katsayısı (r)> 0,30'dur ve maddeler çıkarıldıklarında Cronbach's Alfa değerleri boyut değerinden küçüktür. KBDhs ölçeği alt boyutlarının iç tutarlılık katsayıları (Cronbach's Alfa) 0,703- 0,897 aralığındadır ve bu durum genel olarak iyi düzeyde iç tutarlılığa işaret etmektedir. AFA'da Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) 0,924 olarak bulunmuş olup, Barlett testi sonucunda p<0,001

olarak belirlenmiştir ve faktör analizlerinde örnek büyüklüğünün yeterli olduğu gösterilmiştir. DFA'da ki-kare/serbestlik derecesi 2,018, RMSEA 0,078, SRMR 0,06, CFI 0,967 ve NFI 0,938 olarak bulunmuştur. Doğrulayıcı faktör analizleri sonucunda oluşturulan yapısal eşitlik modellemesinde, her bir maddenin faktör yükü 0,30 ile 0,90 arasında ve hata varyansları 0,20 ile 0,90 arasında bulunmuştur. Bulunan değerler maddelerin boyutlara olan uyumunun iyi olduğunu ve sorunlu bir madde ya da boyut olmadığını göstermektedir.

Sonuç ve Öneriler

Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Anketi, Hizmet Sunucu (KBDhs) sürümünün (Assessment of Chronic Illness Care-ACIC) Türkçeye uyarlanması ve ölçeğin Türkçe sürümünün, Türkiye'de Aile Hekimliği Birimleri örneğinde Geçerliliği ve Güvenilirliğinin değerlendirilmesi çalışmamızda yaptığımız psikometrik analizler (geçerlilik ve güvenilirlik) sonucunda ölçeğin iyi uyum gösterdiği ve Türkçe versiyonunun birinci basamak kronik hastalık bakım/hizmet değerlendirmesinde kullanılabileceği gösterilmiştir. KBDhs Türkçe sürümünün birinci basamak hizmetin değerlendirilmesinde kullanılması bakım/hizmet niteliğinin geliştirilebilmesi için uygun olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Geçerlilik, güvenilirlik, KBDhs, kronik hastalık yönetimi

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S089]
ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN KÜRESEL SOSYAL SORUMLULUK DÜZEYLERİ: İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ ENDİŞESİ VE GELECEK KAYGISI

Ümmühan Okur[1], Feyza Bardak[2]
[1]Süleyman Demirel Üniversitesi, Eğirdir Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, İlk ve Acil Yardım
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Bu çalışma iklim değişikliği endişesi ve gelecek kaygısının üniversite öğrencilerinde küresel sosyal sorumluluk düzeyine etkisini değerlendirmek amacıyla yürütülmüştür.

Gereç-Yöntem

Bu çalışma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı niteliktedir. Araştırmanın evrenini Türkiye'nin Akdeniz bölgesindeki bir ilde yer alan devlet üniversitesinde öğrenim gören üniversite öğrencileri olusturmaktadır. Örneklem büyüklüğünü belirlemek amacıyla G*Power programında 0.01 hata payı, %99 güç ve 0,227 etki büyüklüğünde en az katılımcı sayısı 588 olarak belirlenmiştir. Çalışma sağlık bilimleri, eğitim bilimleri, sosyal bilimler ve fen bilimleri alanlarında eğitim öğretim gören 629 öğrenci ile tamamlanmıştır. Verilerin toplanmasında gelişi güzel örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Veriler 2024-2025 eğitim-öğretim yılı bahar döneminde yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Veri toplama araçları literatür doğrultusunda geliştirilen tanımlayıcı bilgi formu, İklim Değişikliği Endişesi Ölçeği, Gelecek Kaygısı Ölçeği ve Küresel Sosyal Sorumluluk Ölçeği olmak üzere dört bölümden oluşmaktadır. Veri analizinde SPSS 29.0 programı kullanılarak veriler sayı, yüzde ve frekans dağılımları olarak özetlenmiştir. Ayrıca Pearson korelasyon analizi, bağımsız gruplarda t testi ve One-Way ANOVA, Backward modeli ile Regresyon analizi yapılmıştır. Çalışmada etik kurul onayı, kurum izinleri ve katılımcı onamı alınmıştır.

Bulgular

Üniversite öğrencilerinin Küresel Sosyal Sorumluluk Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması 94.98±12.24'tür. Küresel Sosyal Sorumluluk Ölçeği ile İklim Değişikliği Endişesi Ölçeği Kaygı Alt Boyutu ($r=0.396$, $p<0.001$), İklim Değişikliği Endişesi Ölçeği Çaresizlik Alt Boyutu ($r=0.250$, $p<0.001$), Üniversite Öğrencilerinde Gelecek Kaygısı Ölçeği Gelecek Korkusu Alt Boyutu ($r=0.181$, $p<0.001$) pozitif yönde korelasyona sahipken Üniversite Öğrencilerinde Gelecek Kaygısı Ölçeği Gelecekten Umutsuzluk Alt Boyutu ($r=0.246$, $p<0.001$) ile negatif yönde korelasyona sahiptir. Backward modeli kullanılarak yapılan regresyon analizi incelendiğinde üç modelin oluştuğu görülmüştür. Model 1'de iklim değişikliği hakkında konuşma sıklığının artması, iklim çalışmalarına gönüllü olmama (β =-.105), evde yaşama (β =-.070) ve üniversite öğrencilerinin gelecekten umutsuzluk puan düzeyinin artması (β =-.206) küresel sosyal sorumluluğu negatif yönde yordarken; iklim değişimine yönelik kaygı puanının artması (β =-.264) pozitif yönde yordamaktadır. Model 2 iklim değişikliği hakkında konuşma sıklığının artması (β =-.125), iklim çalışmalarına gönüllü olmama (β =,-.106), üniversite öğrencilerinin gelecekten umutsuzluk puan düzeyinin artması (β = -.210) küresel sosyal sorumluluğu negatif yönde yordarken; iklim değişimine yönelik kaygı düzeyinin artması (β =.268) pozitif yönde yordamaktadır. Model 3 incelendiğinde ise; iklim değişikliği hakkında konuşma sıklığının artması (β = 0.124), iklim faaliyetlerinde gönüllü olmama (β = 0.108), evde yaşama (β = 0.070), üniversite öğrencilerinin gelecekten umutsuzluk düzeyinin artması (β = 0.224) durumu küresel sosyal sorumluluk almayı olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca iklim değişikliğine yönelik kaygı düzeyinin artması (β = 0.270) ve üniversite öğrencilerinde gelecek korkusu düzeyinin artması (β = 0.107) küresel sosyal sorumluluk alma eğilimini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Oluşturulan modelde tüm bu değişkenler küresel sosyal sorumluluk düzeyinin %26'sını açıklamaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Örneklemi yalnızca bir devlet üniversitesindeki öğrencilerin oluşturması çalışmanın genellenebilirliğini sınırlamaktadır. Üniversite öğrencilerinin iklim değişikliği endişesi ve gelecek kaygısı ortalamanın üzerinde olup küresel sosyal sorumlulukları üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır. Çalışma, üniversite öğrencilerinin küresel sosyal sorumluluklarını artırmada küresel konuları yükseköğretim müfredatlarına entegre etmeye yönelik girişimler ve destekleyici ortamlar oluşturmanın önemini vurgulamaktadır. Bu geleceğin yetişkinlerinin değişen bir dünyada daha hazırlıklı ve etkili olmalarını sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, iklim değişimi, sosyal sorumluluk

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S090]
TÜRKİYE'DE 2024 YILINDA MEYDANA GELEN HAVA KİRLİLİĞİNE ATFEDİLEN AKCİĞER KANSERİ NEDENLİ ÖLÜMLERİN AİRQ+ PROGRAMI İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Durdunaz Ok, Melike Yavuz, Çiğdem Çağlayan
Kocaeli Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Hava kirliliği, Türkiye'de ve dünyada en önemli çevresel halk sağlığı sorunlarından biridir. Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) 2013 yılında dış ortam hava kirliliğini ve ince partikül maddeyi (PM2.5) insanlarda kanserojen olarak sınıflandırmıştır. Akciğer kanseri, kanser ölümleri arasında ilk sıralarda yer almakta ve Türkiye'de de önemli bir yük oluşturmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 2024 yılında 25 yaş ve üzeri kanser ölümlerinin yaklaşık üçte biri gırtlak ve akciğer kaynaklı kötü huylu tümörlerden kaynaklanmıştır. Ayrıca mortalite erkeklerde kadınlara kıyasla çok daha yüksek seyretmektedir. Bu çalışmanın amacı, Türkiye'de 2024 yılında akciğer kanseri ölümleri üzerinde PM2.5 maruziyetinin etkisini AirQ+ modeliyle tahmin etmek ve iller düzeyinde dağılımını ortaya koymaktır.

Gereç-Yöntem

Bu çalışma ekolojik tipte tasarlanmıştır. Çalışmanın bağımlı değişkeni, hava kirliliğine ($PM_{2.5}$'e) atfedilebilen akciğer kanseri ölümleri; bağımsız değişkeni ise illerin yıllık ortalama $PM_{2.5}$ düzeyi ($\mu g/m^3$) olarak belirlenmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerinden 2024 yılına ait 25 yaş ve üzeri nüfus bilgileri elde edilmiştir. Akciğer kanserine bağlı mortalite hızları GLOBOCAN 2022 verilerinden alınmış olup, her iki cinsiyet için 100.000'de 67,3; erkeklerde 127,2 ve kadınlarda 19,4 olarak belirlenmiştir. Bu hızlar illerin nüfuslarına uygulanarak akciğer kanseri nedenli tahmini ölüm sayıları hesaplanmıştır. İller bazında yıllık ortalama PM2.5 düzeyleri, Ulusal Hava Kalitesi İzleme Ağı (UHKİA) istasyonlarından elde edilen veriler kullanılarak hesaplanmıştır. Veri alımı %75'in üzerinde olan istasyonlar doğrudan dahil edilmiştir. Veri alımı %75'in altında olan istasyonlarda ise yıllık PM10 ortalaması, PM2.5/PM10 katsayısı ile çarpılarak tahmini PM2.5 değeri hesaplanmıştır. PM2.5 ölçümü yapılamayan ve PM10 üzerinden de hesaplanamayan istasyonlar dışlanmıştır. Bir ilde birden fazla istasyon olması durumunda ölçülen ve tahmini değerlerin ortalaması alınarak ilin yıllık ortalama PM2.5 düzeyi belirlenmiştir. Çalışmaya bu şekilde PM2.5 değeri hesaplanabilen 79 il dahil edilmiş, Kilis ve Ardahan veri yetersizliği nedeniyle dışlanmıştır. AirQ+ (v.2.2) yazılımı kullanılarak illere göre PM2.5 maruziyetine atfedilebilen akciğer kanseri nedenli ölüm sayısı, oranı ve ölüm hızları hesaplanmıştır.

Bulgular

2024 yılında Türkiye'de yıllık ortalama $PM_{2.5}$ düzeyi hesaplanabilen 79 ilde, 25 yaş ve üzeri nüfus 54,8 milyon kişi olup bunun 27,0 milyonu erkek, 27,8 milyonu kadındır. GLOBOCAN 2022 verilerine göre akciğer kanseri mortalite hızları erkeklerde 100.000'de 127,2, kadınlarda 19,4 ve toplamda 67,3'tür.Bu hızlar nüfusa uygulandığında, 2024 yılında akciğer kanseri nedeniyle tahmini 36.900 ölüm hesaplanmıştır (35.405 erkek, 5389 kadın). AirQ+ hesaplamaları bu ölümlerin %16,9'unun (6.246 ölüm) $PM_{2.5}$ maruziyetine atfedilebileceğini göstermektedir. Erkeklerde meydana gelen ölümlerin %16,5'inin (5.829 ölüm), kadınlardaki ölümlerin ise %16,9'unun (912 ölüm) $PM_{2.5}$ maruziyeti ile ilişkili olduğu bulunmuştur. TÜİK verilerine göre 2024 yılında 25 yaş ve üzeri bireylerde 78.842 kanser ölümü kaydedilmiştir. AirQ+ hesaplamaları, bu ölümlerin %7,9'unun PM2.5 maruziyetine atfedilebileceğini göstermektedir. Aynı yıl gırtlak, soluk borusu, bronş ve akciğerin kötü huylu tümörlerine bağlı toplam 23.248 ölüm meydana gelmiş olup, bunların %26,9'unun PM2.5 maruziyeti ile ilişkili olduğu bulunmuştur. GLOBOCAN mortalite hızları nüfusa uygulandığında, 2024 yılında akciğer kanseri nedeniyle en fazla ölümün İstanbul'da (7.476), Ankara'da (2.800) ve İzmir'de (2.267) gerçekleştiği hesaplanmıştır. Bu illeri Bursa (1.565), Antalya (1.330)

ve Konya (1.046) izlemiştir. İlk 10 il arasında ayrıca Adana, Kocaeli, Mersin ve Gaziantep yer almaktadır. 2024 yılı PM2.5 ortalaması en yüksek iller Osmaniye (58,5 µg/m^3), Malatya (50,6 µg/m^3), Ağrı (49,1 µg/m^3), Batman (46,7 µg/m^3) ve Muğla'dır (43,5 µg/m^3). Bu illerde aynı zamanda PM2.5'a atfedilen akciğer kanseri ölümlerinin toplam ölümler içindeki payı en yüksektir (Osmaniye %28,8; Malatya %27,1; Ağrı %26,7; Batman %26,1; Muğla %25,2). Ölüm hızları da benzer şekilde Türkiye'nin en yüksek değerlerine ulaşmış olup, Osmaniye'de 100.000'de 19,4, Malatya'da 18,2 ve Ağrı'da 18,0 olarak hesaplanmıştır. Sayısal olarak en fazla ölüm büyük nüfuslu illerde kaydedilmiştir: İstanbul'da 1.110, İzmir'de 404, Ankara'da 305, Bursa'da 286 ve Mersin'de 192 ölüm. Bu illerde PM2.5 ortalamaları görece düşük olmakla birlikte, yüksek ölüm sayısı nüfus büyüklüğünden kaynaklanmaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma, Türkiye'de 2024 yılında akciğer kanseri ölümlerinin önemli bir kısmının PM2.5 maruziyetine atfedilebildiğini göstermektedir. Özellikle PM2.5 düzeyi yüksek illerde göreli yük (oran ve hız) belirginleşmiştir. Çalışmanın ekolojik tasarımı nedeniyle bireysel düzeyde neden-sonuç ilişkisi kurulamamaktadır. Ayrıca illere özgü akciğer kanseri ölümleri doğrudan raporlanmadığından GLOBOCAN hızları nüfusa uygulanarak tahmini değerler hesaplanmış; bu yaklaşım iller arasındaki farklılıkları tam olarak yansıtmayabilir. PM2.5 verilerinin bazı illerde doğrudan ölçülememesi ve PM10'dan tahmin edilmesi de ölçümlerde belirsizlik yaratmaktadır. Türkiye'de nedenlere göre ölümlerin il, yaş ve cinsiyet bazında ayrıntılı raporlanması bu tür çalışmaların gücünü artıracaktır. Ayrıca PM2.5 maruziyetinin akciğer kanseri mortalitesi üzerindeki etkisini daha güçlü gösterebilmek için bireysel düzeyde, özellikle uzun dönemli kohort araştırmalarına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: AIRQ+ programı, akciğer kanseri, mortalite, PM2.5 maruziyeti

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S091]
TÜRKİYE'DE 2024 YILINDA HAVA KİRLİLİĞİNE ATFEDİLEN DOLAŞIM SİSTEMİ HASTALIKLARI ÖLÜMLERİ: AIRQ+ MODELİ İLE BİR DEĞERLENDİRME

Naime Akdaş, Melike Yavuz, Çiğdem Çağlayan
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Dolaşım sistemi hastalıkları, Türkiye'de en önemli ölüm nedenidir ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2024 yılında tüm ölümlerin %36'sını oluşturmaktadır. Hava kirliliği, özellikle ince partikül madde (PM2.5) maruziyeti, bu hastalıklara bağlı mortaliteyi artıran başlıca çevresel risk faktörlerinden biridir. Bu çalışmada, AirQ+ modeli kullanılarak dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı ölümlerden PM2.5'a atfedilebilen kısmı hesaplamak ve iller düzeyinde karşılaştırmalı olarak değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Bu çalışma ekolojik tasarımlı olup, bağımlı değişken dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı ölümler, bağımsız değişken ise yıllık ortalama PM2.5 düzeyleridir. Ölüm ve nüfus verileri TÜİK'ten, PM2.5 verileri Ulusal Hava Kalitesi İzleme Ağı'ndan alınmıştır. PM2.5 ölçüm değerleri hesaplanabilen 79 il dahil edilmiş, veri yetersizliği nedeniyle Kilis ve Ardahan dışlanmıştır. Yaşa göre ayrıntılı veriler 30 yaş sınırında raporlanmadığından, ölümlerin büyük oranda 30 yaş üstü grupta gerçekleştiği varsayılmış ve analizlerde risk altındaki nüfus olarak her ildeki 30 yaş üstü nüfus kullanılmıştır. Bu yaklaşımın küçük sapmalara yol açabileceği öngörülse de, 35 yaş altındaki ölüm hızlarının (100.000'de 3,69) düşük olması nedeniyle genel eğilimi değiştirmediği kabul edilmiştir. AirQ+ v.2.2.4 programı ile PM2.5 maruziyetine atfedilen ölümler hesaplanmış, DSÖ'nün yıllık ortalama limit değeri olan 5 $\mu g/m^3$ eşik değer alınmıştır. Tanımlayıcı istatistikler SPSS 22.0 ile yapılmış, PM2.5 düzeyi ile atfedilen ölümler arasındaki ilişki Spearman korelasyonu ile değerlendirilmiştir.

Bulgular

Türkiye'de 2024 yılında 30 yaş üstü nüfusta 489.361 ölüm kaydedilmiş, bunun 176.211'i dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı bulunmuştur. AirQ+ hesaplamaları, ölümlerin 62.644'ünün (%12,8) ve dolaşım sistemi ölümlerinin 32.088'inin (%18,2) PM2.5 maruziyetine atfedilebildiğini göstermektedir. Hava kirliliğine bağlı ölümlerin yarısından fazlasını (%51) dolaşım sistemi hastalıkları oluşturmaktadır. İller düzeyinde, yıllık ortalama PM2.5 düzeyi en yüksek Osmaniye (58,5 $\mu g/m^3$), Malatya (50,6 $\mu g/m^3$) ve Ağrı'da (49,1 $\mu g/m^3$) saptanmıştır. PM2.5'a atfedilen dolaşım sistemi ölümleri en fazla İstanbul'da (3.692), İzmir'de (2.287) ve Bursa'da (1.734) görülmüştür. Oransal yük Eskişehir (%44,1), Osmaniye (%42,8) ve Malatya'da (%37,9) en yüksek bulunmuş, PM2.5'a bağlı dolaşım sistemi ölüm hızı ise Osmaniye'de 100.000'de 171,2 ile en yüksek düzeyde hesaplanmıştır. Bölgesel düzeyde, yıllık ortalama PM2.5 düzeyi Akdeniz (32,3 $\mu g/m^3$), Güneydoğu Anadolu (31,0 $\mu g/m^3$) ve Ortadoğu Anadolu'da (29,5 $\mu g/m^3$) en yüksek saptanmıştır. PM2.5'a atfedilen dolaşım sistemi ölümleri sayısal olarak en fazla İstanbul Bölgesi'nde (3.692 ölüm; %16,5) bulunurken, oransal yük Akdeniz (%24,2), Güneydoğu Anadolu (%23,5) ve Ortadoğu Anadolu'da (%22,0) daha belirgin olmuştur. Ölüm hızları da benzer biçimde Akdeniz'de 100.000'de 96,7; Güneydoğu Anadolu'da 65,3 ve Ortadoğu Anadolu'da 64,0 olarak hesaplanmıştır. Analizler, yıllık ortalama PM2.5 düzeyi ile PM2.5'a atfedilen dolaşım sistemi ölümleri arasında güçlü ve anlamlı bir pozitif ilişki olduğunu göstermiştir (Spearman rho=0,944; p<0,001).

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma, Türkiye'de dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı ölümlerin önemli bir bölümünün PM2.5 maruziyetiyle ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Çalışmanın ekolojik tasarımı, 30 yaş altına ilişkin verilerin bulunmaması ve iki ilin veri yetersizliği nedeniyle dışlanması önemli sınırlılıklar olarak değerlendirilmelidir. Buna rağmen sonuçlar, hava kirliliğinin kardiyovasküler mortalite üzerindeki yükünü yansıtmaktadır.

PM2.5 düzeylerini azaltmaya yönelik ulusal ve yerel politikaların güçlendirilmesi, özellikle sanayi, enerji ve ulaşım sektörlerinde emisyonların düşürülmesi gerekmektedir. Yüksek riskli bölgelerde çevresel iyileştirmeler öncelikli hale getirilmeli; yaşlılar ve kronik kalp-damar hastaları için erken uyarı sistemleri ve koruyucu hizmetler geliştirilmelidir. Türkiye'de bu alanda çalışma sayısı sınırlı olduğundan, uzun dönemli ve çok merkezli araştırmalarla bilimsel bilgi birikiminin artırılması ve politika yapıcılar için kanıt temelli veri üretilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: AIRQ+, dolaşım sistemi hastalıkları, PM2.5

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S092]
KIRKLARELİ İLİ 2024-2025 YILLARI İÇME-KULLANMA SULARI ANALİZ SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Aylin Can, Halit Emin Alıcılar, Çiğdem Cerit, Esra Dartay
Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü

Giriş-Amaç

İl Sağlık Müdürlükleri tarafından şebeke üzerinden tüketime sunulan suların yıl boyunca belirli periyotlarla analizleri yapılarak insani tüketime uygun olup olmadığı izlenmektedir. Bu çalışmada Kırklareli ilinde köylerde içme-kullanma suları analiz sonuçlarına, muhtarlara yönelik yapılan eğitimlerin ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Araştırma kesitsel tipte olup Kırklareli ilinde 2024-2025 yıllarında köylerde içme-kullanma sularında yapılan kontrol ve denetleme izleme numunelerinin sonuçları ile bakiye klor ölçümleri dahil edilmiştir. Belediye bölgesindeki numuneler dahil edilmemiştir. Ekim 2024-Aralık 2024 tarihleri arasında tüm köylerin muhtar ve azalarına yönelik, her ilçenin merkezinde tüm köylerin katımıyla, ilçe bazlı olarak su depolarının temizlenmesi, klorlanmasıyla ilgili 1 günlük eğitimler yapılmış olup eğitim öncesi ve sonrasını gösterecek biçimde her iki yılın ilk 9 aylık verileri karşılaştırılmıştır. İlgili dönemde il geneli tüm köyler çalışmaya dahil edilmiş olup 179 köyün 177'si eğitime katılmıştır (%98,9). İlgili klorlama yönetimine dair idari değişiklik olmamıştır. Hava sıcaklıklarının etkisini azaltmak için yılların aynı dönemleri dahil edilmiştir. İl Sağlık Müdürlüğü Çevre Sağlığı Bilgi Sistemi (ÇSBS) verileri kullanılmış olup etik kurul onayı gerekmemektedir. Herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır. Tanımlayıcı veriler frekans ve yüzde olarak sunulmuş olup karşılaştırmalarda Ki-kare testleri kullanılmıştır.

Bulgular

Kırklareli ilinde köylerde yapılan 2024 yılı ilk 9 ayında 3568 bakiye klor ölçümünün %62,16'sının uygunsuz bulunduğu saptanırken, 2025 yılı ilk 9 ayında 3155 ölçümün %32,2'si uygunsuzdur. Bakiye klor yetersizliklerinde 2024'e kıyasla 2025 yılında anlamlı bir düzelme saptanmıştır ($p<0,001$). 2024 yılında kontrol izleme numunelerinde 422 numune %26,43'ünde, 178 denetleme numunesinin ise %26,76'sında uygunsuzluk saptanırken; 2025 yılında kontrol izlemelerin 460 numunede %36,5 ve denetlemelerin 168'de %26,2 uygunsuz olduğu belirlenmiştir. Kontrol izleme numuneleri 2025'te anlamlı biçimde daha çok uygunsuz saptanırken ($p=0,001$), denetleme izlemeleri arasında fark yoktur ($p=0,87$).

Sonuç ve Öneriler

Çalışmada 2024 yılına göre 2025 yılında bakiye klor uygunsuzlukları açısından belirgin bir iyileşme saptanmıştır. Bakiye klor uygulaması birçok köyde otomatik cihazlarla yapılsa da birincil sorumlu olan muhtarların cihazların bakımını takip etme, klor stoklarını yeterli düzeyde tutma gibi görevleri bulunmaktadır. Eğitimlerin bu anlamda ilişkili olduğu düşünülse de klor düzeylerindeki bu iyileşmenin kontrol izleme sonuçlarına yansımadığı, daha çok uygunsuzluk görüldüğü belirlenmiştir. Kontrol izleme sonuçlarındaki uygunsuzlukların mikrobiyolojik kirlilikten çok tat, kok, renk gibi parametrelerden kaynaklanmış olabileceği, detaylı inceleme yapılması gerektiği önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çevre sağlığı, içme-kullanma suları, sanitasyon, muhtarlık.

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S093]
ADOLESANLARDA ÇEVRE SORUNLARINA YÖNELİK TUTUM ÖLÇEĞİNİN PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

***Feyza Bardak*[1], *Sevgi Tulupcu*[2]**
[1]*Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı*
[2]*Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sağlık ve Bakım Hizmetleri Bölümü*

Giriş-Amaç

Bu araştırma, çevre sorunlarına yönelik tutumları belirlemek için Kılıç & Kan (2020) tarafından geliştirilen ortaokul öğrencilerine yönelik Çevre Sorunlarına Yönelik Tutum Ölçeğinin adolesanlarda geçerlik ve güvenirliğini değerlendirmek amacıyla yürütülmüştür.

Gereç-Yöntem

Metodolojik olarak yürütülen bu çalışma 476 adolesan ile tamamlanmıştır. Çalışma kapsamında iki farklı lise tercih edilmiştir. Çalışmaya ortaöğretim düzeyinde eğitim öğretim gören 9., 10. ve 11. sınıflar dahil edilmiştir. Çevre Sorunlarına Yönelik Tutum Ölçeğinin adolesan grupta geçerli ve güvenirliği değerlendirmek amacıyla sorumlu yazardan gerekli izinler alınmıştır. Adolesan grupta Çevre Sorunlarına Yönelik Tutum Ölçeğinin yapı geçerliğini değerlendirmek amacıyla Doğrulayıcı Faktör Analizi yapılmıştır. Ayrıca güvenirliğini değerlendirmek amacıyla madde toplam puan korelasyonu, iki yarı test tutarlılığı, Omega değeri ve Cronbach alfa güvenirlik katsayısına bakılmıştır.

Bulgular

Çevre Sorunlarına Yönelik Tutum Ölçeği'nin madde toplam puan korelasyon katsayıları 0.388 ile 0.670 arasındadır. Ayrıca alt boyutlar için toplam puan korelasyon katsayıları incelendiğinde; Çevre Sorunlarına Yönelik Olumsuz Duyuşsal Bileşen alt boyut puan düzeyi 0.677-0.809 Çevre Sorunlarına Yönelik Bilişsel Bileşen alt boyutu 0.760-0.882, Çevre Sorunlarına Yönelik Davranışsal Bileşen alt boyutu 0.549-0.802 ve Çevre Sorunlarına Yönelik Olumlu Duyuşsal Bileşen alt boyutu 0.622-0.753'tür. Ölçeğin alt boyutlarının cronbach alfa değerleri ise Çevre Sorunlarına Yönelik Olumsuz Duyuşsal Bileşen alt boyutu 0.895, Çevre Sorunlarına Yönelik Bilişsel Bileşen alt boyutu 0.870, Çevre Sorunlarına Yönelik Davranışsal Bileşen alt boyutu 0.767 ve Çevre Sorunlarına Yönelik Olumlu Duyuşsal Bileşen alt boyutu 0.715'tir. Çevre Sorunlarına Yönelik Tutum Ölçeği'nin toplam cronbach alfa değeri 0.869'dur. Ölçeğin ilk yarısına ait cronbach alfa değeri 0.772 ve ikinci yarısına ait cronbach alfa değeri 0.737 olarak bulunmuştur. Çevre Sorunlarına Yönelik Tutum Ölçeği'nin toplam MacDonald's omega katsayısı değeri 0.846 iken alt boyutları sırasıyla 0.895, 0.870, 0.767 ve 0.715'tir. Ayrıca Çevre Sorunlarına Yönelik Tutum Ölçeği'ne ait Spearmen-Brown katsayısı 0.912, Guttman'ın yarı yarıya katsayısı 0.912 ve yarılar arası korelasyon katsayısı 0.839 olarak bulunmuştur. Yapı geçerliliğini değerlendirmek amacıyla Doğrulayıcı Faktör Analizi yapılmıştır. Çevre Sorunlarına Yönelik Tutum Ölçeğini oluşturan 22 madde 4 alt boyutlu ölçek yapısıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Çalışmada uyum indeksi hesaplamalarında uyum indisleri için kabul edilen değerleri sağladığı görülmüştür ($\chi 2/df=2.743$, RMSEA=0.061, GFI=0.904, AGFI=0.879, CFI=0.922).

Sonuç ve Öneriler

Yapılan analizler ve değerlendirmeler sonucu Çevre Sorunlarına Yönelik Tutum Ölçeği'nin 14-17 yaş grubunda yer alan adolesanlarda geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu ve adolesanların Çevre Sorunlarına Yönelik Tutum düzeylerinin belirlenmesinde kullanılabilir olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Çevre, çevre sorunları, adolesan

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S094]
BALIKESİR İLİ 2017-2024 YILLARI ARASI EVSEL ATIK MİKTARININ DEĞİŞİMİ VE GELECEK PROJEKSİYONU

***Yasemin Dursun Yayla Keskin*, Murat Aysin**
Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Halk sağlığı için temel olan kentsel atık yönetimi, güvenilir tahmin modellerine dayanır. COVID-19 pandemisi gibi toplumsal şoklar, tüketim ve demografik eğilimleri değiştirerek atık trendlerinde kırılmalara yol açmıştır. Balıkesir gibi nüfusu artan ve yoğun mevsimsel turizm alan şehirlerde pandemi sonrası yeni normal, altyapı planlaması için geçmiş analizleri yetersiz kılmaktadır. Bu nedenle, atık miktarlarının mevsimsellikten arındırılmış trendini anlamak ve gelecek projeksiyonlarını güvenilir nüfus verilerine dayandırmak önemlidir

Bu bağlamda, bu çalışma, Balıkesir ilinin 2017-2024 dönemi aylık toplam atık miktarındaki değişimleri analiz etmeyi ve gelecek beş yıllık (2025-2029) döneme ait atık miktarı için öngörüler geliştirmeyi amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem

Ekolojik zaman serisi tasarımıyla yürütülen bu çalışmada, Balıkesir iline ait Ocak 2017 - Aralık 2024 tarihleri arasındaki 96 aylık toplam evsel katı atık verileri incelenmiştir. Çalışmada kullanılan veriler, Balıkesir Büyükşehir Belediyesi Açık Veri Platformu'ndan aylık depolanan miktar (ton) olarak temin edilmiştir. Gelecek projeksiyonlarında dışsal değişken olarak kullanılan 2025-2029 dönemi nüfus verileri ise Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) projeksiyonlarından elde edilmiştir.

Analiz iki temel aşamada yürütülmüştür. İlk olarak, atık serisinin altında yatan uzun vadeli eğilimi (trend), mevsimsel ve düzensiz bileşenlerden ayrıştırmak amacıyla "Seasonal and Trend decomposition using Loess" (STL) yöntemi kullanılmıştır.

İkinci aşamada, gelecek beş yıllık (2025-2029) atık miktarını öngörmek amacıyla, dışsal değişkenli bir SARIMAX (Seasonal Autoregressive Integrated Moving Average with eXogenous variables) modeli geliştirilmiştir. Bu modelde, aylık atık miktarı bağımlı değişken; nüfus projeksiyonları ise bağımsız dışsal değişken olarak tanımlanmıştır. Modelin aylık frekansıyla uyum sağlamak için, TÜİK'ten alınan yıllık nüfus projeksiyonları doğrusal enterpolasyon yöntemi kullanılarak aylık verilere dönüştürülmüştür.

Tüm istatistiksel analizler ve görselleştirmeler, R 4.4.3 sürümü ile gerçekleştirilmiştir. Kamuya açık, anonimleştirilmiş toplu verilerin kullanıldığı bu çalışma için etik kurul onayı gerekmemektedir.

Bulgular

Çalışmada, Balıkesir iline ait 96 aylık (Ocak 2017 - Aralık 2024) toplam evsel katı atık verisi incelenmiştir. Dönemsel karşılaştırma için Mart 2020 pandemi başlangıcı kriter olarak alınmıştır. Buna göre; pandemi öncesi dönemde (Ocak 2017 - Şubat 2020) aylık evsel atık miktarı ortanca 25.015 ton (Min-Max: 14.909-41.564) iken, pandemi sonrası dönemde (Mart 2020 - Aralık 2024) bu değer ortanca 36.247 tona (Min-Max: 28.477-53.733) yükselmiştir.

Zaman serisi ayrıştırma analizine göre, mevsimsellikten ve düzensiz bileşenlerden arındırılmış trend, incelenen 2017-2024 dönemi boyunca doğrusal olmayan bir yapı sergilemiştir. Ocak 2017'de 16.837 ton olarak hesaplanan trend, 2020 sonuna kadar bir artış eğilimi göstermiştir. Ancak, 2021-2022 döneminde bu artış eğilimi kırılmış; trend yaklaşık 37.540 ton seviyelerinde (Temmuz 2021) zirve yaptıktan sonra 2022 ortalarına kadar durağanlaşma ve kısmi bir düşüş göstermiştir. 2023 yılı itibarıyla trendin yönü tekrar pozitife dönmüş ve 2024 yılı boyunca artış ivmesi kazanarak Aralık 2024'te 41.760 ton seviyesine ulaşmıştır. Bu bulgu,

pandemi sonrası gözlenen yüksek atık hacminin, 2021-2022'deki bir stabilizasyon döneminin ardından 2023-2024'te yeniden başlayan bir trend artışıyla ilişkili olduğunu göstermektedir.

Nüfus projeksiyonlarına dayalı SARIMAX modeli ile geliştirilen 60 aylık (2025-2029) tahmin, tarihsel trendin gelecek dönemde de devam edeceğini öngörmektedir. Model, Ocak 2025 için aylık atık miktarını 42.122 ton (GA %95: 41.929-42.315) olarak öngörürken, 2029-Aralık ayı sonunda bu değerin 59.299 tona (GA %95: 43.409-75.188) yükselmesi beklenmektedir. Projeksiyon süresi uzadıkça, tahminlere ilişkin %95 güven aralığının genişlediği saptanmıştır.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma, Balıkesir'deki evsel atık miktarının pandemi sonrası belirgin bir artış gösterdiğini, ancak bu trendin doğrusal olmadığını ortaya koymuştur. 2020'deki ilk artışın ardından 2021-2022'de yaşanan durağanlaşma, muhtemelen pandeminin gecikmiş ekonomik etkileri (Örn: enflasyon) ile tüketimin yavaşlamasını yansıtmaktadır. Trendin 2023-2024'te yeniden güçlü bir ivme kazanması ise deprem sonrası iç göç gibi yeni demografik şokların etkisine işaret ediyor olabilir. Nüfusa dayalı SARIMAX projeksiyonu, bu artışın süreceğini öngörerek altyapı üzerinde ciddi bir baskı oluşturacağına işaret etmektedir. Halk sağlığı krizlerini önlemek için, atık yönetimi planlamalarının bu dinamik ve çok faktörlü projeksiyonlarla güncellenmesi yararlı olacaktır. Bununla birlikte olası yöntem değişimleri ve ölçüm/doğrulama süreçlerindeki belirsizlikler bu çalışmanın kısıtlılıkları arasında yer almaktadır.

Anahtar Kelimeler: Atık yönetimi, Balıkesir, evsel atık, SARIMAX, zaman serisi analizi

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S095]
BİR ATIK ARA DEPOLAMA TESİSİNDEKİ SAĞLIK SEKTÖRÜ KAYNAKLI TEHLİKELİ ATIKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

***İlknur Ayvaz*, Nimet Emel Lüleci**
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Sağlık sektörü, toksik, korozif, patlayıcı ve parlayıcı özellikler taşıyan tehlikeli atıkların önemli kaynaklarından biridir. Bu atıklar, çevre ve insan sağlığı açısından ciddi riskler oluşturmakta ve özel yönetim süreçleri gerektirmektedir. Tehlikeli atıkların oluşumundan nihai bertarafına kadar geçen tüm süreçlerin güvenli, izlenebilir ve sürdürülebilir biçimde yürütülmesi, çevre ve halk sağlığının korunması açısından büyük önem taşımaktadır. Ancak Türkiye'de sağlık sektörü kaynaklı tehlikeli atıklara yönelik bütüncül değerlendirmelerin sınırlı olduğu görülmektedir. Bu çalışma, bir atık ara depolama tesisinde 2016–2024 yılları arasında toplanan sağlık sektörü kaynaklı tehlikeli atıkların değerlendirilmesini ve tehlikeli atık yönetim sürecinin niteliksel olarak incelenmesini amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem

Bu çalışma, nicel ve nitel bileşenlerden oluşan karma yöntemli bir araştırmadır. Nicel kısımda, Bursa ilinde bulunan bir atık ara depolama tesisinin 2016–2024 yıllarına ait sağlık sektörü kaynaklı tehlikeli atık kayıtları incelenmiştir. İlgili tesis, tüm Türkiye genelinde faaliyet gösteren ve sağlık sektörü kaynaklı tehlikeli atık yönetiminde öncü konumda bulunan bir kuruluştur. Atıkların toplanması, taşınması, geçici olarak depolanması ile bertaraf veya geri kazanım tesislerine iletilmesi süreçlerini kapsayan entegre bir atık yönetimi hizmeti sunmaktadır. Sağlık sektörü kaynaklı tehlikeli atık miktarları; sağlık kurumunun türü, hizmet basamağı, coğrafi dağılımı, yıllara göre değişimi ve atık koduna göre analiz edilmiştir. Nicel veri analizinde tanımlayıcı istatistikler uygulanmış veriler sayı (n) ve yüzde (%) değerleriyle sunulmuştur. Tehlikeli atıkların yıllara göre değişimi, 2016 yılı baz alınarak trend analiziyle değerlendirilmiştir.

Nitel kısımda, amaçlı örnekleme ve maksimum çeşitlilik örnekleme yöntemleri kullanılarak, tehlikeli atık yönetiminde çeşitli çalışma sürelerine sahip ve farklı pozisyonlarda görev yapan kişiler (yönetici, çevre mühendisi, depo personeli, şoför ve atık birimi çalışanı gibi) çalışmaya dahil edilmiştir. Depo personelinin bir kısmının Türkçe dil yeterliliğinin sınırlı olması, bu grupla derinlemesine görüşmelerin yapılmasını engellemiş ve çalışmanın kısıtlılıklarından biri olarak değerlendirilmiştir. Katılımcılar ile literatür taraması ışığında hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme rehberi kullanılarak yüz yüze veya çevrimiçi olarak derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler Mart-Mayıs 2025 tarihleri arasında yapılmış, veri doygunluğuna ulaşıldığında sonlandırılmıştır. Ortalama görüşme süresi 52,6 dakikadır. Görüşmelerde katılımcıların izni ile ses kaydı alınarak görüşmeler anonim olarak yazıya dökülmüştür. Elde edilen transkriptler, ATLAS.ti programında kodlanarak tematik analiz yöntemiyle değerlendirilmiştir. Çalışma için Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 21.02.2025 tarihinde, 09.2025.25-0126 protokol kodu ile etik onay alınmıştır. Ayrıca ilgili atık ara depolama tesisinden kurum izni alınmış olup araştırma Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun biçimde yürütülmüştür. Araştırma kapsamında herhangi bir finansal destek alınmamış olup çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular

Ara depolama tesisine 2016–2024 yılları arasında toplam 12409 ton sağlık sektörü kaynaklı tehlikeli atık alınmıştır. Bu atıkların %78'i (9701 ton) kamu sağlık kurumlarından gelmiş; en fazla atık alımı sırasıyla İstanbul (2248 ton), Bursa (1814 ton) ve İzmir (1367 ton) illerinden gerçekleşmiştir. Marmara Bölgesi, toplam atıkların %48'ini (5995 ton) oluşturarak en yüksek paya sahip bölge olmuştur. Atık miktarlarında yıllar içinde

belirgin bir artış trendi saptanmıştır. Atıkların %51'i (6341 ton) ikinci basamak, %47'si (5824 ton) ise üçüncü basamak sağlık kurumlarından kaynaklanmıştır. En sık kaydedilen atık türleri sırasıyla; %54 (6677 ton) ile tehlikeli maddelerin kalıntılarını içeren ya da tehlikeli maddelerle kontamine olmuş ambalajlar, %28 (3450 ton) ile tehlikeli maddeler içeren ya da tehlikeli maddelerden oluşan kimyasallar ve %13 (1564 ton) ile sitotoksik/sitostatik ilaçlardır.

Nitel kısımda görüşme yapılan 14 katılımcının yaş ortancası 34 olup 11'i erkektir. Katılımcıların 5'i lise, 6'sı üniversite, 3'ü ise yüksek lisans düzeyinde eğitim seviyesine sahip olup çalışma süresi ortancası 5 yıldır. Katılımcılar, Türkiye'de sağlık sektörüne özgü tehlikeli atık yönetiminde kurumlar ve bölgeler arasında belirgin farklılıklar bulunduğunu, Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinin uygulamalar açısından görece geriden geldiğini ifade etmiştir. Katılımcıların çoğu, atıkların kaynağında ayrıştırılması, sınıflandırılması, ambalajlanması ve etiketlenmesi süreçlerinde sorunlar yaşandığını belirtmiştir. Soda şişeleri gibi evsel atıkların veya iğne uçları gibi tıbbi atıkların sıklıkla tehlikeli atıklara karıştığı ve bu durumun hem çevresel hem de ekonomik kayıplara yol açtığı vurgulanmıştır. Katılımcılar ayrıca, personel eksikliği, eğitim yetersizlikleri, altyapı ve lojistik sorunlar, mevzuat–uygulama uyumsuzlukları ile denetim yetersizliklerine dikkat çekmiştir. Tehlikeli atıkların çevre ve insan sağlığına yönelik risklerine ilişkin farkındalık düzeyinin çalışanlar arasında değişkenlik gösterdiği ve bazı çalışanların kişisel koruyucu ekipman kullanımında yetersizlikler bulunduğu da belirtilmiştir. Katılımcılar, tehlikeli atık yönetimindeki mevcut sorunların giderilmesine yönelik olarak uygulamalı eğitimlerin yaygınlaştırılması, sağlık kurumlarında çevre mühendislerinin istihdam edilmesi, denetim mekanizmalarının güçlendirilmesi, teknolojik izleme sistemlerinin geliştirilmesi ve bölgesel düzeyde tehlikeli atık yönetimi uygulamalarına geçilmesi yönünde çözüm önerilerinde bulunmuştur.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma kapsamında, 2016–2024 yılları arasında bir atık ara depolama tesisine alınan sağlık sektörü kaynaklı tehlikeli atıklar değerlendirilmiş; atık miktarlarında yıllar içerisinde belirgin bir artış trendi olduğu ve atıkların büyük ölçüde kamuya ait ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarından kaynaklandığı ortaya konmuştur. Ayrıca, sağlık sektörü kaynaklı tehlikeli atıkların yönetimindeki mevcut durum, temel sorunlar ve olası çözüm önerileri nitel olarak kapsamlı bir şekilde incelenmiştir. Katılımcılar, tehlikeli atık yönetiminde kurumlar ve bölgeler arasında farklar bulunduğunu; özellikle atıkların sınıflandırılması, ayrıştırılması ve etiketlenmesi süreçlerindeki eksikliklerin temel sorunlar arasında olduğunu belirtmiştir. Bu sorunların büyük ölçüde eğitim ve nitelikli personel eksikliği, mevzuat uyumsuzlukları ve denetim yetersizliklerinden kaynaklandığı ifade edilmiştir. Etkin bir tehlikeli atık yönetimi için eğitim ve farkındalığın artırılması, mevzuatın güncellenmesi, denetimlerin güçlendirilmesi, dijital sistemlerin iyileştirilmesi, altyapı ve lojistik düzenlemelerin geliştirilmesi ile bölgesel atık yönetimi yaklaşımının benimsenmesi gerekmektedir. Tüm paydaşların aktif katılımını içeren disiplinler arası bilgi paylaşımı ve iş birliği ortamlarının oluşturulması, sağlık sektöründe sürdürülebilir ve bütüncül bir tehlikeli atık yönetimi anlayışının gelişimine önemli katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Atık yönetimi, çevre sağlığı, sağlık sektörü, tehlikeli atık

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S096]
THE IMPACT OF ATOPY ON CHRONIC URTICARIA EXACERBATION

Sengul Aksakal
Samsun Training and Research Hospital

Introduction and Aim

Urticaria is a disease that arises from various causes and mechanisms and is classified in a heterogeneous manner. In addition to its acute forms, which last for less than six weeks, there are chronic types that may persist for years, as well as variants that occur in conjunction with angioedema (AE), and rarer inducible or syndromic forms.Approximately 25–30% of the general population experience at least one episode of urticaria or angioedema during their lifetime. Among cases of chronic urticaria, 40% present with urticaria alone, 50% with both urticaria and angioedema, and 10% with isolated angioedema.Chronic urticaria is classified into two types: spontaneous and physical urticaria. Although spontaneous urticaria occurs without an identifiable cause, several factors may contribute to its exacerbation. These include Helicobacter pylori gastritis, an atopic predisposition, coexisting rheumatologic diseases, and the use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) or antibiotics.In our study, we evaluated the frequency of atopy in patients with chronic spontaneous urticaria, the relationship between the type of atopy and urticaria exacerbation, and the association between the treatment of atopic diseases and urticaria flare–remission patterns.

Materials-Methods

A total of 120 patients diagnosed with chronic idiopathic urticaria who presented to Samsun Training and Research Hospital were retrospectively analyzed. Patients aged 18 years and older were included in the study. All patients were evaluated along with their comorbidities. The presence of atopic diseases was investigated and recorded. Urticaria treatments, medication dosages, and exacerbation frequencies were documented. Patients with atopy were compared with those without atopy in terms of remission time, frequency of exacerbations, and duration until disease resolution.

Result

Atopy was detected in 28% of the patients. Among those with atopy, 80% were sensitized to house dust mites. Compared to patients without atopy, urticaria exacerbations were significantly more frequent in these individuals. However, treatment of the atopic disease was associated with a shorter time to urticaria remission. In patients with atopy who were eligible for immunotherapy, the rate of disease resolution was significantly higher compared to patients without atopy.s:

Conclusion

In chronic urticaria patients with an atopic predisposition, urticaria exacerbations were found to be associated with exposure to allergenic substances. Treatment of the atopic disease also led to remission of urticaria.

Keywords: Urticaria, histamine, atopy

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S097]
SAĞLIKLI HAYAT MERKEZİNE BAŞVURAN KADINLARDA MEME KANSERİ ENDİŞESİ İLE MEME KANSERİ VE TARAMALARINA İLİŞKİN BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ

***Mehmet Akif Sezerol*[1], *Kezban Yavuz Emik*[2]**
[1]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Tıp Fakültesi*
[2]*T.C. Sağlık Bakanlığı, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüğü*

Giriş-Amaç

Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen kanser türü olmaktadır ve önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Erken tanı ve düzenli taramalar mortaliteyi azaltmaktadır. Mamografi, klinik meme muayenesi (KMM) ve kendi kendine meme muayenesi (KMMM) gibi tarama yöntemleri, meme kanserinin erken dönemde tespitinde etkili araçlardır. Ülkemizde Ulusal Kanser Tarama Programı kapsamında; 20 yaşından sonra her ay kendi kendine meme muayenesi, 40 yaşından itibaren yılda bir kez hekime meme muayenesi, 40-69 yaş aralığında tüm kadınlara 2 yılda bir mamografi önerilmektedir. Program kapsamında bu taramalar Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) tarafından yürütülmekte olup bazıları İlçe sağlık müdürlükleri bağlı sağlıklı hayat merkezleri bünyesinde hizmet vermektedir. Bu çalışma, Sağlıklı Hayat Merkezine başvuran kadınlarda meme kanseri endişesi ile meme kanseri ve taramalarına ilişkin bilgi, tutum ve davranışların incelenmesini amaçlamaktadır. Erken tanı ve taramaya katılımı etkileyen etmenlerin anlaşılması hedeflenmiştir.

Gereç-Yöntem

Kesitsel tipte yürütülen araştırmada 06.05.2024–05.09.2024 tarihleri arasında SHM' ye başvuran 18 yaş üzeri 519 kadınla yüz yüze Google Form anketi uygulanmıştır. Anket, sosyodemografik sorular ve 6 maddelik Meme Kanseri Endişe Ölçeğini içermektedir(0–24; >=12 "yüksek endişe"; Cronbach α=0,78). Veriler SPSS 27.0 ile analiz edilmiş, p<0,05 anlamlılık düzeyi olarak alınmıştır.

Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması 52,7±6,6 bulunmuştur; %66,9'unun 40 yaşından küçük olduğu, %59,2'sinin ilköğretim mezunu olduğu ve %87,2'sinin çalışmadığı saptanmıştır. KKMM'nin ne olduğunun %47,2 tarafından bilinmediği, %42,9'unun KKMM yaptığı ancak yalnızca %12,1'inin aylık düzenli uyguladığı belirlenmiştir; yapmama gerekçelerinde "zaman bulamama" ve "riskin düşük görülmesi" öne çıkmaktadır. En az bir kez mamografi çektirme oranı %28,1'de kalmıştır; çektirmeme nedenleri arasında "yaş aralığı uygun olmama" (%43,6) ve "şikayet yokluğu/gereksinim duymama" (%14,9) öne çıkmıştır. KMM yaptırma oranı düzensiz/yılda 1 kez toplam %24,7 olarak saptanmıştır; yaptırmama gerekçelerinde bilgi eksikliği ve şikayet yokluğu ağırlık taşımaktadır. Katılımcıların %70,8'i meme kanserinin önlenebilir olduğunu ve %83'ü erken tanının koruyucu olduğunu belirtmiştir. MKE düzeyi katılımcıların %88,6'sında düşük bulunmuştur (ortalama 4,1±5,1); çalışma durumu, çocuk sayısı, emzirme süresi, aile öyküsü, KKMM sıklığı, mamografi ve KMM durumları ile endişe arasında anlamlı ilişkiler saptanmıştır.

Sonuç ve Öneriler

Bilgi düzeyi belirli bir seviyede bulunmakla birlikte tarama davranışlarına yeterince yansımamaktadır. Endişe, davranışı hem tetikleyici hem de caydırıcı bir unsur olarak çift yönlü etki göstermektedir. SHM' lerde bilgi aktarımının yanı sıra duygusal engelleri azaltan, inanç kaynaklı tereddütleri ve erişim güçlüklerini gideren bütüncül programlar uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Meme kanseri, kanser endişesi, kanser taraması, meme muayenesi, Sağlıklı Hayat Merkezi

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S098]
TIP FAKÜLTESİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNDE GELECEK KAYGISI UZMANLIK ALAN SEÇİMİNİ ETKİLER Mİ? KESİTSEL BİR ÇALIŞMA

***Hatice Eftal Şeyda Kanal*, Onur Ergün**
Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Gelecek kaygısı, kişinin geleceğin bilinmezliği karşısında hissettiği endişe, korku, umutsuzluk ve yetersizlik duyguları olarak tanımlanmakta ve üniversite öğrencileri arasında oldukça yaygın bir duygusal durum olarak bildirilmektedir. Tıp fakültesi öğrencilerinin eğitim öğretim hayatının son yılı, mezuniyet ve devamında meslek hayatı başlangıcı, tıpta uzmanlık sınavı (TUS) hazırlığı ve uzmanlık alan seçimi gibi önemli kararlarla karşı karşıya kaldığı; özellikle mesleki geleceğe yönelik yüksek beklentiler nedeniyle belirsizlik ve stresin arttığı bir dönemdir. Geleceğe yönelik bu belirsizlik ve kaygı, intörn hekimlerin uzmanlık alanı seçimlerini ve kariyer planlarını etkileyebilir. Bu sebeple, tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin gelecek kaygısı düzeyleri ile uzmanlık alanı tercihleri arasındaki ilişkinin incelenmesi, hem bireysel düzeyde mesleki yönelimleri, hem de sağlık insan gücü planlamasını anlamak açısından önem taşımaktadır. Bu araştırmanın amacı; 2024-2025 eğitim-öğretim yılında Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenim gören son sınıf öğrencilerinin gelecekten duydukları kaygının, uzmanlık alan seçimi ile ilişkisini saptamak ve gelecek kaygısının bağımsız öngörücülerini tespit etmektir.

Gereç-Yöntem

Kesitsel tipteki bu çalışma, 1 Şubat-1 Mayıs Nisan 2025 tarihleri arasında Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencileri üzerinde yürütüldü ve 2024-2025 eğitim öğretim yılında belirtilen tarihlerde son sınıf olarak kaydı bulunan öğrencilerinin tamamını (137 öğrenci) kapsamak hedeflendi. Bir kişi devamsızlık yaptığı, iki kişi de çalışmaya katılmayı reddettiği için çalışma dışı bırakıldı ve 134 kişi (%97.81) nihai çalışma nüfusunu oluşturdu. Veriler; sosyodemografik özellikler, gelecekte uzmanlık alan tercihi ile kariyer planına ilişkin diğer sorular ve Üniversite Öğrencilerinde Gelecek Kaygısı Ölçeği'nin 19 adet ifadesini içeren 40 soruluk bir anket formu kullanılarak toplandı. Üniversite Öğrencilerinde Gelecek Kaygısı Ölçeği beşli likert yapıda olup, Cronbach's $\alpha = 0.91$'dir. Ölçeğin bir kesme değeri yoktur ve ölçekten alınan puan arttıkça gelecek kaygısı artmaktadır. Araştırmada yüksek ve düşük gelecek kaygısı düzeyi gruplarını belirlemek için, ölçekten alınan toplam puanın ortanca değeri, kesme noktası olarak kullanıldı. Tek değişkenli (univariate) analiz sonuçlarına dayanarak ($p < 0,20$) öğrencilerin gelecek kaygısının bağımsız öngörücülerini belirlemek için çok değişkenli (multivariable) lojistik regresyon analizi yapıldı. Öğrencilerin gelecekten en fazla kaygı duyma sebepleri belirlenirken, 'Üniversite Öğrencilerinde Gelecek Kaygısı Ölçeği'ndeki 'sıklıkla' ve 'her zaman' ifadelerine verilen yanıtlar birleştirilerek sayı (%) şeklinde ifade edildi.

Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması 24.38 ± 1.39 yıldı, 68'i (%50.7) kadındı, 129'u (%96.3) bekardı, 122'si (%91.1) çekirdek aileye mensuptu ve 127'sinin (%94,8) en az bir kardeşi vardı. Aylık gelir ortancaları 25.000 (minimum: 12.000-maksimum: 50.000) idi. İntörn hekimlerin Tokat ilindeki konaklama yerleri değerlendirildiğinde, 59'u (%44,0) tek başına evde, 51'i (%38,1) arkadaşlarıyla evde, 19'u (%14,2) ise aile evinde kalıyordu. Öğrencilerin 127'si (%94,8) en uzun süre kentte ikamet etmiş; 65'i (%48,5) en uzun süre Türkiye'nin Orta, 29'u (%21,6) Batı, 15'i (%11,2) Güney, 14'ü (%10,4) Kuzey ve 11'i (%8,2) Doğu bölgesinde yaşamıştı. Annelerin 81'i (%60,4), babaların 93'ü (%69,4) lise ve üzeri eğitim düzeyindendi. Katılımcıların 49'u (%36,6) sigara, 43'ü (%32,1) alkol tüketiyordu; 17'sinin (%12,7) kronik hastalığı vardı. İntörn hekimlerin 74'ü (%55,2) dahili tıp bilimlerinden, 46'sı (%34,3) cerrahi tıp bilimlerinden bir uzmanlık alanını seçmek istiyorken, 13'ü alan seçimi konusunda (%9,7) kararsızdı ve yalnızca 1 öğrenci temel tıp bilimlerinden bir uzmanlık alanı (biyokimya) tercih

etmek istiyordu. Hekimlik kariyerinde uzun vadede 57'si (%42,5) üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında, 41'i (%30,6) ikinci basamak sağlık kuruluşlarında, 26'sı (%19,4) özel muayenehanede, 8'i (%6,0) özel hastanede çalışmak isterken, yalnızca 2 kişi (%1,5) birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışmak istiyordu. Öğrencilerin ölçekten aldıkları puan ortancası 49,5 (minimum: 19,0- maksimum: 88,0)'di. Düşük gelecek kaygısı düzeyi grubundan olan öğrencilerin ilk sırada tercih etmek istedikleri uzmanlık alanları: Psikiyatri (7 kişi -%10,4), Göğüs Hastalıkları ve Üroloji (6'şar kişi-%9,0) ve Dermatoloji (5 kişi -%7,5) idi. Yüksek gelecek kaygısı düzeyi grubundan olanların ilk sıralarda tercih etmek istedikleri uzmanlık alanları ise: Psikiyatri (12 kişi-%17,9), Dermatoloji (8 kişi-%11,9), Dahiliye (7 kişi-%10,4) idi. Her iki grubun da ilk tercihi Psikiyatri olup, Dermatoloji de ilk tercihler arasında yer almıştı. Düşük kaygı düzeyinden olanların 8'i, (%12,1) yüksek kaygı düzeyinden olanların ise 5'i (%7,5) kararsızdı. Uzmanlık alan istekleri, Dahili ve Cerrahi Tıp Bilimleri olarak gruplandırılıp değerlendirildiğinde her iki grup arasında (düşük ve yüksek gelecek kaygısı grupları) istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p: 0,112), kararsızlar karşılaştırmaya ayrı bir grup olarak eklendiğinde de fark bulunmadı (p: 0,188). Tek değişkenli analizlerde öğrencilerin gelecek kaygısı ile ilişkili bulunan aylık gelir ve öğrencilikteki konaklama yeri değişkenleri, çok değişkenli lojistik regresyon analizine dahil edildi. Öğrencilikte arkadaşlarla evde konaklamanın (Odds ratio-OR: 4,171, Güven aralığı-GA: 1,067-16,299, p: 0,040) ve tek başına evde konaklamanın (OR: 11,614, GA: 2,975-45,348, p < 0,001), aile evinde konaklamaya kıyasla daha yüksek gelecek kaygısı düzeyi ile bağımsız şekilde ilişkili olduğu bulundu. Öğrencilerin gelecekten en fazla kaygı duyma sebepleri, ekonomik ve politik değişikliklerin geleceği tehdit edeceği korkusu idi (47 kişi-%35,1). Bunu çok istenilen şeyleri gerçekleştirmek için yeterince zamanın olmaması (45 kişi-%33,6), geleceğe umut ve coşku ile bakamama (35 kişi, %26,1), yaşanılan sorunların uzun süre devam edecek olma ihtimali (33 kişi, %24,6) takip etti.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinde aile evi dışında konaklayanların gelecek kaygısının belirgin biçimde arttığı saptanmıştır. Ancak, gelecek kaygısı düzeyi ile uzmanlık bilim dalı seçimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bulgular, öğrencilerin gelecek kaygısının daha çok sosyoekonomik ve yaşam koşullarıyla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Çalışmanın tek bir merkezde ve sınırlı sayıdaki bir grup üzerinde yürütülmüş olması sebebiyle, elde edilen sonuçlar tüm tıp fakültesi öğrencilerine genellenemez. Tıp fakültelerinde, son sınıf öğrencilerinin psikososyal destek gereksinimlerini gözeten, kariyer planlaması ve mesleki rehberlik odaklı danışmanlık programlarının geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Gelecek kaygısı, intörn hekimler, tıp fakültesi öğrencileri, uzmanlık alan seçimi

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S099]
CONTEMPLATION AND ACTION ON LEAVING HOMELAND: A MIXED-METHODS STUDY AMONG PHYSICIANS IN TÜRKİYE

***Elif Demirtaş*[1], İlker Kayı[2]**
[1]*General Surgery, University Hospitals Birmingham, Birmingham, United Kingdom*
[2]*Public Health, Koc University School of Medicine*

Introduction and Aim

International physician migration carries significant public health implications by exacerbating disparities in healthcare access and placing a burden on the sustainability of health systems in origin countries (Packer et al., 2009). Türkiye, which has the lowest physician density among OECD countries (OECD, 2021), has experienced a substantial rise in physician emigration, with over 3,000 doctors leaving in 2023 alone (TTB, 2023). This trend presents serious challenges to the Turkish healthcare system and remains underexplored in both global health and high-skilled migration literature. Understanding the specific drivers and patterns of physician migration from Türkiye is crucial for developing targeted policy responses and assessing the relevance of existing theoretical frameworks.

This study investigates the key push and pull factors influencing migration decisions, the behavioural dynamics underlying physicians' contemplation of migration, and their perceptions of possible alternatives to migration. It also evaluates the applicability of existing theoretical frameworks, particularly the Push and Pull model and Hirschman's Exit-Voice-Loyalty (EVL) theory, to this context.

Materials-Methods

This study used a mixed-methods design to explore physician migration from Türkiye, combining quantitative and qualitative approaches. The research used a framework integrating Push and Pull theory with Hirschman's Exit-Voice-Loyalty (EVL) model to examine migration drivers and responses to systemic dissatisfaction. The study was conducted over the period from October 2022 to November 2023. The study population included physicians who had completed their medical education in Türkiye, had decided to migrate but were still residing in Türkiye at the time of the survey, or had emigrated within the past five years. Physicians who did not plan to migrate, Turkish graduates who studied abroad, or those who had emigrated more than five years ago were excluded. The same target population and eligibility criteria were applied to both the quantitative and qualitative parts of the study, with participants selected through purposive and snowball sampling. Participants were categorised into two groups based on their current location and migration status: those who had already moved abroad were classified as immigrant physicians (IPs), while those who were still residing in Turkey but in the process of migration were categorised as physicians contemplated to migrate (PCMs).

Quantitative data were collected through an online survey via Qualtrics between October 2022 and April 2023, gathering information on demographics, push and pull factors, voice activities, migration stages, COVID-19 impact, and future intentions of physicians. Participants were contacted through WhatsApp and Telegram groups focused on migration pathways (including UK, USA, and Germany) and through email invitations from the Turkish Medical Association in Istanbul and Kocaeli. A total of 328 physicians participated in the survey. Only 216 of them were included in the study, as those who completed less than 75% of the survey were excluded from the analysis. The data were analysed using SPSS v29, applying descriptive statistics and Chi-square tests for group comparisons.

For the qualitative part, survey participants who expressed interest were invited for semi-structured interviews. Although the initial target was 12 participants to ensure representation across sex, job position,

and migration status, data collection stopped after 9 interviews, as data saturation was reached and no new themes or insights emerged. The semi-structured interviews were conducted between May and November 2023. Interviews focused on professional experiences, migration decision-making, perceptions of physician migration, motivations, and voice activities, framed by Hirschman's EVL model. MAXQDA 24 software was used for coding and data analysis, including in-vivo coding. Thematic analysis was performed using both deductive and inductive strategies.

Results

Of 216 survey participants, 69% (n=150) were PCMs and 31% (n=66) were IPs, with five interview participants also being IPs. The median age was 29 years (range 23–60), and 59% (n=127) were female. PCMs resided across 42 Turkish cities, predominantly Istanbul, whereas IPs mainly resided in the UK, Germany, and the USA, with nearly half abroad for less than one year. Over half of participants (58%, n=125) and all interviewees were recent graduates with less than five years of experience. Additionally, 29% (n=62) had completed specialty training or a PhD, with a higher proportion among IPs than PCMs.

Regarding migration motivations, the main push factors for physicians included violence against healthcare workers (99%, n=213), high workload (98%, n=211), devaluation of the medical profession (99%, n=213), economic instability (99%, n=213), and mistrust in institutions (97%, n=210). In contrast, pull factors, such as research opportunities abroad (84%, n=181), were influential to a lesser extent in migration decisions. Overall, push and pull factors were largely similar between IPs and PCMs. These findings were supported by interviews, which demonstrated that push factors spanned personal, professional, and societal levels, including dissatisfaction with healthcare system management, economic instability, and the broader political and social climate.

From the perspective of the EVL framework, interviews revealed widespread disbelief among physicians about the effectiveness of voice actions, with nearly half of survey participants considering such efforts unlikely to produce meaningful systemic change. Such scepticism stemmed from fear of repercussions from superiors, as well as broader mistrust of advocacy and political institutions. Collectively, these views discouraged physician engagement in advocacy, fostered a culture of silence, and contributed to migration. The findings showed that physicians often saw migration as a necessary survival measure, driven by deep-seated pessimism about systemic change, which limited alternatives and intensified the emotional burden of their decisions.

Conclusion

Physician migration from Türkiye highlights widespread systemic dissatisfaction and a perceived lack of agency among physicians. Efforts to improve retention should focus on enhancing workplace safety, increasing institutional responsiveness, and rebuilding trust. Current theoretical frameworks inadequately capture the behavioural complexities of physician migration, highlighting the need for further research. This study has limitations that may affect the generalisability of the results, as most participants were early-career physicians and destination countries were unevenly represented. Additionally, this study is limited in its gender-based approach to physician migration from Türkiye.

Keywords: Health policy, health workforce, physician migration

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S100]
TIP FAKÜLTESİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN UZMANLIK VE KARİYER SEÇİMLERİ İLE İLGİLİ DÜŞÜNCELERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER: İKİ MERKEZLİ BİR ÇALIŞMA

***Abdullah Sarıöz*[1], *Seyhan Hıdıroğlu*[2], *Ayşenur Sandal Kılıç*[2], *Saadet Alara Aktuğlu*[3], *Buğu Azizoğlu*[3], *Asya Tahire Meşeli*[3], *Hilal Öksüz*[3], *Hasan Alp Tuncay*[3]**

[1]*Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakultesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

[2]*Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

[3]*Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi*

Giriş-Amaç

Tıpta uzmanlık alanı seçimi, hekimlerin kariyer yönelimlerini ve sağlık sisteminin insan kaynağı dengesini doğrudan etkileyen kritik bir karardır. Bu süreç; bireysel ilgi ve değerlerin yanı sıra, iş yükü, çalışma koşulları, gelir beklentisi, akademik olanaklar ve sağlıkta şiddet gibi çok boyutlu etmenlerden etkilenmektedir. Türkiye'de farklı tıp fakültelerinde eğitim alan öğrencilerin bu faktörleri nasıl değerlendirdiğine dair karşılaştırmalı veri sınırlıdır. Bu çalışma, intörn hekimlerin uzmanlık dalı tercihlerini etkileyen bireysel, kurumsal ve mesleki faktörleri incelemek; cinsiyet, fakülte, gelir düzeyi ve özellikle sağlıkta şiddet deneyimi gibi değişkenlerin tercih algısı üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç-Yöntem

Nisan–Haziran 2025 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi ve Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi (YYÜ) Tıp Fakültelerinde öğrenim gören toplam 297 intörn hekimden çevrim içi anket yöntemiyle veri toplanmıştır. Çalışma evrenine 3 kez ulaşılmaya çalışılmıştır. Anket içerisindeki maddelere tutarsız yanıt veren 5 katılımcı çalışmadan çıkarıldıktan sonra katılım oranı Marmara'da %53,6 (n=139), Van YYÜ'de %85,9 (n=158)'dir. Veriler, literatürdeki benzer çalışmalardan derlenen 45 önermeden oluşturulmuştur. Ölçek kullanılmamış, yanıtlar "hiç önemli değil"–"çok önemli" aralığındaki beşli Likert sistemiyle alınmış; ayrıca "önemli/önemsiz" olarak kategorize edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra bağımsız örneklem t-testi, tek yönlü ANOVA ve Ki-kare testleri uygulanmıştır ($p<0,05$).

Bulgular

İlk tercih içerisinde en çok tercih edilen branşlar incelendiğine ilk 5 sırada sırasıyla Dermatoloji (%22,6), Göz Hastalıkları (%19,9), Kulak Burun ve Boğaz Hastalıkları (%17,1), Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi (%15,0) ve Üroloji (%14,6) yer almıştır. Uzmanlık tercihlerinde en yüksek puan alan/önemlilik orana sahip faktörler sırasıyla kişisel ilgi (4,53±0,75; %92,3 önemli), iş yükü dengesi (4,49±0,74; %92,0), iş-yaşam dengesi (4,47±0,80; %89,9), mobbing/hiyerarşi faktörü (4,41±0,82; %89,2) ve stajda yaşanan stres düzeyi (4,35±0,87; %86,1) olmuştur. En düşük ortalamalar medya etkisi (2,25±1,14; %14,6), cinsiyet faktörü (2,52±1,31; %23,0) ve temel bilim temelli olma (2,53±1,35; %25,4) maddelerinde görülmüştür. Kadın öğrenciler "mobbing faktörü" (%96,4 vs %82,6; $p<0,001$), "sağlıkta şiddet" (%91,3 vs %71,1; $p<0,001$), "nöbet sayısının azlığı" (%79,7 vs %61,1; $p=0,001$), "iş saatleri yönüyle iş-yaşam dengesi" (4,6±0,8 vs 4,4±0,8; $p=0,031$) ve "ileride yurtdışı çalışma imkânı" (4,2±0,9 vs 3,7±1,1; $p<0,001$) değişkenlerine anlamlı biçimde daha önem atfetmiştir. Erkeklerde yalnızca "cerrahi branş temelli olma" faktörü daha yüksektir (%59,7 vs %42,0; $p=0,003$). Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi öğrencileri "TUS sınavından aldıkları puan" (%80,8 vs %59,6; $p<0,001$), "staj tamamlandığında elde edilen başarı" (%65,6 vs %50,7; $p=0,011$) "bölümün prestiji" (4,1±1,0 vs 3,7±1,2; $p=0,004$) ve "uzmanlık dalının zorluk düzeyi" (3,7±1,1 vs 3,3±1,2; $p=0,012$) maddelerinde daha yüksek oran ve ortalamalara sahiptir. Marmara öğrencilerinde ise "kişisel gelişim/hobi sürdürme fırsatları" (4,3±0,9 vs 4,1±0,9; $p=0,012$) daha yüksek bulunmuştur. Yüksek gelir grubundakiler, düşük ve orta gelir grubundakilere göre "malpraktis riski" (3,9±1,0 vs. 4,1±1,0 ve 4,2±1,0; $p=0,001$), "alınan TUS puanı" (2,8±1,3 vs. 3,9±1,1 ve 3,9±1,1; $p=0,018$) ve "meslektaş önerileri" (2,8±1,3 vs. 3,1±1,2 ve 3,2±1,1; $p=0,037$) unsurlarına daha az önem atfetmekteydi.

Şiddet ve mobbing deneyimi açısından, sağlıkta şiddete maruz kalan öğrencilerde "stajda yaşanan olumlu/olumsuz deneyimler" (4,3±0,7 vs 4,1±0,9; p=0,041), "stajda algılana stres seviyesi" (4,4±0,8 vs 4,3±0,9; p=0,018) ve "çalışma ortamındaki hiyerarşi ve mobbing" (4,5±0,9 vs 4,4±0,8; p=0,012) ortalamaları anlamlı biçimde yüksektir.

Sonuç ve Öneriler

İntörn hekimlerin uzmanlık alanı tercihlerini en fazla etkileyen unsurlar kişisel ilgi, iş-yaşam dengesi, iş yükü dengesi ve çalışma ortamı koşulları olarak belirlenmiştir. Katılımcılar cinsiyetlerinin uzmanlık tercihleri üzerindeki etkisini en düşük düzeyde bildirmiş olsalar da, karşılaştırmalı analizler uzmanlık tercihleri açısından en fazla anlamlı farklılığın cinsiyet değişkenine bağlı olduğunu göstermiştir. Çalışmanın temel hipotezlerinden biri olan şiddet/mobing deneyiminin etkisi ise beklenenden daha düşük düzeyde bir farklılaşmaya yol açmıştır. Bununla birlikte, kadın öğrencilerin uzmanlık tercihlerini şiddet, mobing ve iş-yaşam dengesi gibi faktörlerin erkek öğrencilere kıyasla daha fazla şekillendirdiği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Tıpta Uzmanlık Sınavı, kariyer, mobbing, tıp fakültesi

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S101]
HALK SAĞLIĞI UZMANLARININ SORUNLARI VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ, TOPLANTI NOTLARI ÜZERİNDEN NİTEL BİR İNCELEME

***Öykü Turunç*[1], Bülent Kılıç[2], Derya Çamur[3], Bengü Nehir Buğdaycı Yalçın[4], Zehra Kılınç[5], Mine Yenice[6], Beyhan Cengiz Özyurt[7]**

[1]*Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[2]*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[3]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[4]*Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[5]*Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[6]*İstanbul Silivri İlçe Sağlık Müdürlüğü*
[7]*Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

Giriş-Amaç

Halk Sağlığı (HS) Uzmanlarının görevi, hizmet verdiği nüfustaki incinebilir gruplar başta olmak üzere sağlık yönünden risk altındaki grupların ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmektir. Bu amaçla HS uzmanları var olan ve gelişebilecek sağlık sorunlarını, bu sorunların nedenlerini ve toplumun sağlık gereksinmelerini saptar; bireylerin ve toplumun sağlığını korumak, iyileştirmek ve geliştirmek amacıyla politikalar geliştirerek çözümler üretir. Sağlık Bakanlığı kadrolarında çalışmakta olan HS uzmanları, görev tanımlarının net olmaması ve aldıkları eğitimlere uygun olmayan yerlerde çalıştırılmalarından ötürü sorunlar yaşamaktadır.

Bu çalışmanın amacı sahada çalışmakta olan HS Uzmanlarının sorunlarını ve bu sorunlara yönelik çözüm önerilerini saptamaktır.

Gereç-Yöntem

Bu araştırma, niteliksel tipte bir doküman analizi çalışmasıdır. HASUDER'in 2024 ve 2025 yılları boyunca Türkiye'nin farklı illerinde görev yapan halk sağlığı uzmanlarıyla gerçekleştirdiği 8 toplantının (İstanbul, Ankara, İzmir-Manisa, Diyarbakır, Rize, Mersin, Samsun ve Malatya) raporları incelenmiştir. Raporlar tematik içerik analizi yöntemiyle analiz edilmiştir. Analiz sürecinde raporlarda araştırmanın amacı açısından önemi olan ve tekrarlayan ifadeler kodlanmış, daha sonra benzer kodlar bir araya getirilerek ortak temalar oluşturulmuştur. İncelenen raporlarda kişisel atıflar bulunmadığından, tekrarlayan kodlar kişi bazında değil, toplantı bazında sayılmış, alıntılara yer verilmemiştir.

Bulgular

Yapılan 8 toplantıya, 26 farklı ilden (Adana, Adıyaman, Ankara, Artvin, Bayburt, Diyarbakır, Elazığ, Gaziantep, Giresun, Gümüşhane, Hatay, İstanbul, İzmir, Kahramanmaraş, Malatya, Manisa, Mardin, Mersin, Ordu, Rize, Samsun, Siirt, Şanlıurfa, Şırnak, Tekirdağ, Trabzon) 128 halk sağlığı uzmanı ve 43 araştırma görevlisi katılmıştır. Nitel bulgular 4 tema altında sunulmuştur:

1. Halk Sağlığı Uzmanlarının Çalışma Koşulları: Katılımcılar, HS uzmanlarının görev tanımlarının belirsizliğini ve HS uzmanı niteliğinin dışındaki görevlendirmelerin yaygınlığını temel bir sorun olarak belirtmiştir. HS uzmanlarının pratisyen hekim veya aile hekimi gibi çalıştırılmaları hem mesleki kimliği zedelemekte hem de motivasyonu düşürmektedir. İlçe Sağlık Müdürlükleri ve Toplum Sağlığı Merkezlerinde bu durumun daha sık yaşandığı, yöneticilerin HS uzmanlarının yetki ve sorumluluk alanlarına dair bilgi eksikliği taşıdığı vurgulanmıştır. Mesleki olarak tanınmıyor olmak HS uzmanlarını, sürekli kendilerini tanıtmaya ve kanıtlamaya itmekte, ilerleyen dönemlerde bu yoğun uğraş motivasyon düşüklüğüne neden olmaktadır. Katılımcılar, HS uzmanlarının yönetici pozisyonlarında daha fazla yer alması gerektiğini ifade etmiştir. Bu pozisyonlarda çalışan uzmanların çalışma ortamlarının iyileştirilmesinde, görev tanımlarının netleşmesinde ve çalışan motivasyonunun artmasında rol oynadığı aktarılmıştır. İl ve ilçe düzeyinde kurulan kurul ve

komisyonlarda HS uzmanlarının yer almasının önemli olduğu belirtilmiştir. HS uzmanlarının maaşlarının diğer uzman hekimlere göre daha düşük kaldığı ve iyileştirilmesi gerektiği belirtilmiştir. Ayrıca zorunlu hizmet bölgelerinde nitelikli personel açığı, hekim dışı personel sayısının yeterli olmaması, 4924 kadrolarının kaldırılmasının olumsuz etkileri ve yüksek sirkülasyonun kurum hafızasının oluşumunu engellediği aktarılmıştır.

2. Halk Sağlığı Hizmetlerinin Sunumunda ve Planlanmasında Problemler

Katılımcılar, HS hizmetlerinin kısa vadeli, merkeziyetçi ve kanıta dayalı olmayan biçimde planlandığını belirtmiştir. Hizmet modellerinin iller ve ilçeler arasında değiştiği, uygulamaların büyük ölçüde yöneticilerin inisiyatifine bağlı olduğu ifade edilmiştir. HS uzmanlarının veri temelli planlama süreçlerinde aktif rol üstlenebilecekleri, ancak veriye erişim kısıtlarının bu potansiyeli sınırladığı vurgulanmıştır. HS hizmetlerinde insan gücü yetersizliği birçok toplantıda ortak bir sorun olarak öne çıkmıştır. Sağlık Bakanlığının talep ettiği programların yürütülmesi için yeterli personel olmadığı dile getirilmiştir. HS uzmanları için açılan kadro sayısının il ve ilçe genelinde artırılması, bu amaçla da TUS kontenjanlarının artırılması gerektiği önerilmiştir. Ayrıca katılımcılar, koruyucu sağlık hizmetlerinin HS uzmanları tarafından reçetelenebilmesi gerektiğini savunmuştur. Sigara bırakma poliklinikleri, aile planlaması hizmetleri ve salgın incelemesi kapsamında profilaktik antibiyotik tedavisi, bu kapsama örnek olarak verilmiştir.

3. Halk Sağlığı Uzmanlık Eğitimi ve Sonrası

HS uzmanlık eğitimi, içerik ve özellikle saha uygulamaları açısından yetersiz bulunmuştur. Katılımcılar, mevcut programların Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatında yürütülen süreçleri yeterince yansıtmadığını, uzmanlık öğrencilerinin mezuniyet sonrası dönemde kendilerini yetkin hissetmediklerini belirtmiştir. Eğitim içeriğinin öğretim üyelerinin kişisel ilgi alanlarıyla sınırlı kaldığı bu nedenle bazı alanların geri planda kaldığı ifade edilmiştir. Öğretim üyesi sıkıntısı yaşayan küçük illerde ve yeni açılan üniversitelerde eğitim ile ilgili sorunların daha sık olduğu gözlenmiştir. Uzmanlık öğrencilerinin saha rotasyonlarının standardize edilmesi, uygulama alanlarının çeşitlendirilmesi ve rotasyonlarda aktif sorumluluk verilmesi önerilmiştir. Katılımcılar, üniversiteler ile Sağlık Bakanlığı arasında pratik uygulama alanlarının oluşturulmasını, eğitim araştırma protokollerinin imzalanmasını ve karşılıklı bilgi paylaşımının güçlendirilmesini gerekli görmektedir. Ayrıca mezuniyet sonrası eğitimin sürekliliğini sağlamak üzere çevrim içi seminerlerin ve "HS Okulu" benzeri yapıların desteklenmesi önerilmiştir. Sahada yapılan iyi uygulama örneklerinin duyurulması, yaygınlaştırılması ve uzmanlar arasında deneyim paylaşımının arttırılması için sahada yapılan çalışmaları içeren sempozyumlar ve toplantıların yapılması önerisinde bulunulmuştur.

4. HASUDER'den Beklentiler

Katılımcılar, HS uzmanlarının yaşadığı sorunların görünür kılınması ve çözüm önerilerinin politika düzeyine taşınması konusunda HASUDER'e önemli sorumluluklar yüklemiştir. Derneğin, sahadaki sorunların Sağlık Bakanlığına iletilmesinde aracılık etmesi, mevzuat değişiklik süreçlerini izlemesi ve HS uzmanlarının özlük haklarının güçlendirilmesi için girişimlerde bulunması gerektiği belirtilmiştir. Bununla birlikte Akademi ve Sağlık Bakanlığı arasındaki bağın güçlendirilmesi için organik bağların oluşturulmasında önemli rol oynayabileceği belirtilmiştir. Ayrıca, bölge temelli çok merkezli araştırmaların artırılması gerektiği, bu konuda HASUDER'in yönlendirici rol üstlenmesinin önem taşıdığı vurgulanmıştır.

Sonuç ve Öneriler

Eğitimdeki standardizasyon eksikliği, nitelik dışı görevlendirmeler ve insan gücü planlamasındaki yetersizlikler hem bireysel motivasyonu hem de HS hizmetlerinin niteliğini etkilemektedir. HS uzmanlarının karar alma ve yönetim süreçlerinde daha aktif rol alması, koruyucu hizmetlerde yetkinliklerinin tanınması ve HASUDER'in bu alanlarda savunuculuk kapasitesinin güçlendirilmesi kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık insangücü, halk sağlığı uzmanlığı, uzmanlık eğitimi, birinci basamak sağlık hizmetleri, nitel çalışma

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S102]
TIP FAKÜLTESİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN GELECEKTE ÇOCUK SAHİBİ OLMA İSTEĞİ VE İLİŞKİLİ ETMENLER

***Hatice Eftal Şeyda Kanal**, Onur Ergün, Oğuzhan Gözükara, Rıza Çıtıl*
Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Dünya genelinde olduğu gibi Türkiye'de toplam doğurganlık hızı demografik dönüşümle paralel olarak yıllar içerisinde düşmüş, 2017 yılından beri nüfusun yenilenme düzeyinin altında kalmıştır. Düşük doğurganlık seviyelerinin, genç ve aktif olan çalışma çağı nüfusunda (15-64 yaş) azalmaya, yaşlı bağımlılık oranında ise artmaya sebep olacağı ve beraberinde iş gücü arzında azalma, ekonomik kalkınma hızında düşme ve yaşlı sağlığı sorunlarının geleceği tahmin edilmektedir. Uzun tıp eğitimi süreleri, hekimliğin yoğun ve stresli bir meslek oluşu, bir kısım hekimin fazla efor ve emek sarf edeceği yıllarca süren uzmanlık eğitimi sürecine girmesi ve bu süreçte de yaşın ilerlemesi gibi etmenler hekimlik meslek grubunda evlilik, çocuk sahibi olma ve çocuk sayısı konusunda sınırlılıklara sebep olabilir. Bu araştırmanın amacı; 2024-2025 eğitim-öğretim yılında Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenim gören son sınıf öğrencilerinin gelecekte çocuk sahibi olma isteği ve bununla ilişkili olabilecek etmenleri değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem

Bu kesitsel çalışma, 1 Şubat-1 Mayıs 2025 tarihleri arasında Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencileri üzerinde yürütüldü ve 2024-2025 eğitim öğretim yılı son sınıf öğrencilerinin tamamını (137 öğrenci) kapsamak hedeflendi. Bir kişi devamsızlık yaptığı, dört kişi de çalışmaya katılmayı reddettiği için çalışma dışı bırakıldı ve 132 kişi (%96.35) nihai çalışma nüfusunu oluşturdu. Veriler sosyodemografik özellikler, gelecekte çocuk sahibi olma isteğine ve kariyer planına ilişkin sorular ve gelecekte çocuk sahibi olmayı isteme veya istememe nedenlerini tespit etmek amaçlı Çocuk Sahibi Olma Motivasyonları Ölçeği'nin 35 adet ifadesini içeren 67 soruluk bir anket kullanılarak toplandı. Tek değişkenli analiz sonuçlarına dayanarak gelecekte çocuk sahibi olmayı istememe ve çocuk sahibi olma kararsızlığının bağımsız öngörücülerini belirlemek için lojistik regresyon analizi yapıldı.

Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması 24.38 ± 1.39 yıldı, %50.7'si kadındı, %96.3'ü bekardı, hiçbirinin çocuğu yoktu ve %90.9'u çekirdek aileye mensuptu. İlk çocuk sahibi olmak için ideal yaş %58.3'ü için 18-29 yaş, %41.7'si için ise 30-34 yaştı. Hekimlik kariyerini %64.4'ü uzman doktor olarak, %33.3'ü uzmanlık eğitimi aldıktan sonra akademisyen olarak devam ettirmek istemekteydi. Yaklaşık %70'i (erkek: %78.1, kadın: %61.8) gelecekte çocuk sahibi olmak isterken, %10 kadarı çocuk sahibi olmak istememekteydi ve %20'si kararsızdı. Çocuk sahibi olmak isteyenlerin ideal çocuk sayısı ortalaması 2.2 ± 0.7 (minimum:1, maksimum:5) çocuktu; %41.3'ü ilk çocuğunun kız çocuk, %15.2'si erkek çocuk olmasını istemiş, %43.5'i ise cinsiyetin öneminin olmadığını belirtmişti; uzmanlık eğitimi almak isteyenlerin %17.4'ü (erkek: %18.0, kadın: %16.7) çocuk yapmak için eğitim sürecini tamamlamayı bekleyeceğini ifade etmişti. Çok değişkenli analizde cinsiyet (p: 0.048) ve aile tipi (p: 0.016) gelecekte çocuk sahibi olma isteği ile anlamlı derecede ilişkiliydi. Gelecekte çocuk sahibi olmak istemeyen ve çocuk sahibi olma kararsızlığı yaşayan katılımcıların en önemli gördükleri çocuk sahibi olmama nedenleri; çocuğu dünyanın toplumsal tehlikelerine ve çevresel bozulmalara maruz bırakmaktan korkmak, çocuk bakımının yüküyle yüzleşmek ve çocuğun yanlış yola sapmasından korkmaktı.

Sonuç ve Öneriler

Nüfus politikalarına yönelik düzenlemeler genç bireylerin değişen değer yargılarını, toplumsal ve çevresel kaygılarını, gelecekten beklentilerini dikkate alacak şekilde oluşturulmalıdır. Özellikle tıp fakültesi öğrencileri

gibi uzun süreli, yoğun ve aşamalı eğitim süreçlerinden geçen ve devamında zorlu çalışma koşullarıyla mücadele etmek zorunda kalan bireylerin, çocuk sahibi olma kararlarında karşılaştıkları mesleki ve sosyal engellerin sistematik biçimde ele alınması ve bu bireyleri destekleyici düzenlemelerin geliştirilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk sahibi olma isteği, doğurganlık düşüşü, intörn doktorlar

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S103]
GENİŞ AİLE YAPISININ BOŞANMA, DOĞUM VE EVLENME EĞİLİMLERİ ÜZERİNDEKİ ROLÜ

***Vildan Şerife Kara*[1], *Medine Kocamanoğlu*[2]**
[1]*Konya Selçuklu İlçe Sağlık Müdürlüğü*
[2]*Osmaniye Kadirli İlçe Sağlık Müdürlüğü*

Giriş-Amaç

Aile yapısı, toplumların sosyokültürel yapısının en temel unsurlarından biri olup bireylerin davranış kalıplarını, değerlerini ve yaşam biçimlerini şekillendirmektedir. Türkiye'de son yıllarda hızlı kentleşme, modernleşme ve ekonomik dönüşüm süreçleriyle birlikte geniş aile yapısından çekirdek aileye geçiş hız kazanmıştır. Bu yapısal değişim, doğurganlık oranlarında düşüş, evlenme yaşında yükselme ve boşanma oranlarında artış gibi demografik göstergelerde belirgin değişimlerle paralel seyretmektedir. Aile kurumunun çözülmesi, toplumsal dayanışma mekanizmalarını zayıflatırken doğurganlık ve evlilik istikrarı üzerinde dolaylı etkiler yaratmaktadır. Bu çalışma, Türkiye'de geniş aile yapısının doğurganlık, evlilik ve boşanma eğilimleri üzerindeki rolünü incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Gereç-Yöntem

Araştırma ekolojik ve karşılaştırmalı tasarımda yürütülmüştür. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2024 yılı "Aile Yapısı Araştırması" ile "Doğum, Evlilik ve Boşanma İstatistikleri" verileri kullanılmıştır. Geniş aile oranı en yüksek (n=10) ve en düşük (n=10) iller belirlenerek karşılaştırmalı analiz yapılmıştır. Çalışmada toplam doğurganlık hızı (TDH), kaba evlenme hızı (KEH), kaba boşanma hızı (KBH) ve ilk evlenme yaş ortalaması değişkenleri incelenmiştir. Verilerin dağılım durumuna göre bağımsız örneklem t-testi veya Mann-Whitney U testi kullanılmış, değişkenler arası ilişkiler Pearson veya Spearman korelasyon analizleriyle değerlendirilmiştir. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Analiz sonuçlarına göre geniş aile oranı en yüksek iller Hakkâri (%43.7), Batman (%39.8), Şırnak (%38.5) ve Mardin (%36.2); en düşük iller ise Eskişehir (%8.1), Ankara (%9.3) ve Çanakkale (%10.5) olarak belirlenmiştir. Geniş aile oranı yüksek illerde toplam doğurganlık hızı ortalaması 1.81±0.47, düşük illerde ise 1.31±0.14 olarak bulunmuş ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$). Benzer biçimde, kaba boşanma hızı geniş aile oranı yüksek illerde 1.29±0.73, düşük oranlı illerde 2.32±0.62 olarak tespit edilmiş olup fark anlamlıdır ($p=0.005$). Kaba evlenme hızı açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Korelasyon analizine göre geniş aile oranı ile doğurganlık arasında pozitif ($r=0.596$; $p=0.006$), boşanma oranı arasında ise negatif korelasyon ($r=-0.626$; $p=0.003$) saptanmıştır. İlk evlenme yaşı geniş aile oranı yüksek illerde kadınlarda ortalama 23.7, erkeklerde 26.5; düşük oranlı illerde ise sırasıyla 25.3 ve 28.4 olarak hesaplanmıştır. Bu bulgular, geniş aile yapısının erken evlilikleri ve daha yüksek doğurganlığı desteklediğini göstermektedir

Sonuç ve Öneriler

Elde edilen sonuçlar, geniş aile yapısının toplumsal dayanışma ve kuşaklar arası destek mekanizmaları aracılığıyla evlilik istikrarını güçlendirdiğini, boşanma olasılığını azalttığını ve doğurganlık üzerinde teşvik edici bir rol oynadığını ortaya koymaktadır. Geniş ailelerde çocuk bakımı, yaşlı desteği ve ekonomik dayanışmanın paylaşılması, bireylerin çok çocuk sahibi olma kararlarını kolaylaştırmakta ve evliliklerin devamını desteklemektedir. Buna karşın çekirdek ailelerde sosyal desteğin zayıflaması, kentleşmeye bağlı bireyselleşme ve ekonomik baskılar, doğurganlık oranlarını düşürüp boşanma riskini artırabilmektedir. Türkiye'de batı illerinde çekirdek aile modelinin yaygın olmasıyla düşük doğurganlık ve yüksek boşanma oranlarının paralel seyretmesi, bu ilişkinin mekânsal olarak da belirginleştiğini göstermektedir.

Çalışmanın sonuçları, Türkiye'nin demografik geçiş sürecinde aile yapısının önemli bir belirleyici olduğunu ve geniş aile modelinin hâlâ bazı bölgelerde toplumsal istikrarı destekleyen bir unsur olarak varlığını sürdürdüğünü göstermektedir. Bu durum, özellikle doğu ve güneydoğu illerinde aile bağlarının güçlü olmasının demografik göstergeler üzerindeki olumlu etkilerini yansıtmaktadır. Dolayısıyla aile yapısının korunması ve desteklenmesi, sadece kültürel bir değer değil, aynı zamanda nüfus politikaları açısından stratejik bir unsur olarak görülmelidir.

Sonuç olarak, geniş aile yapısının Türkiye'de doğurganlık oranlarını artırıcı, boşanma oranlarını azaltıcı yönde etkili olduğu belirlenmiştir. Aile içi dayanışma, ekonomik paylaşım ve sosyal destek ağlarının güçlü olduğu topluluklarda evliliklerin daha istikrarlı olduğu ve doğurganlık eğilimlerinin daha yüksek seyrettiği görülmektedir. Bu bulgular, aile temelli sosyal politikaların geliştirilmesi, kuşaklar arası destek mekanizmalarının güçlendirilmesi ve çocuk bakım yükünü paylaşan modellerin teşvik edilmesinin demografik sürdürülebilirlik açısından önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Geniş aile, evlenme, boşanma, doğum

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S104]
ALGILANAN STRES DÜZEYİ ARTTIKÇA PROBLEMLİ CHATGPT KULLANIMI DA ARTIYOR MU? İNTÖRN HEKİMLER ÜZERİNDE BİR ÇALIŞMA

***Vildan Şerife Kara*[1], *Zeynep Sarı Gökoğlu*[2], *Fatih Kara*[2]**
[1]*Konya Selçuklu İlçe Sağlık Müdürlüğü*
[2]*Selçuklu Tıp Fakültesi*

Giriş-Amaç

ChatGPT, 2015 yılında Reid Hoffman tarafından Microsoft ile kurulan kâr amacı gütmeyen bir kuruluş olan OpenAI tarafından geliştirilen bir yapay zekâ sohbet robotudur. OpenAI, tüm insanlığa fayda sağlayan güvenli ve değerli yapay genel zeka geliştirme misyonuyla, 30.10.22 tarihinde insanlarla diyalog yoluyla etkileşime girebilen en son model olan "ChatGPT"yi piyasaya sürmüştür. Kasım 2022'de halka açılmasının ardından ChatGPT, geniş kitlelerce hızla benimsenmiş ve tutarlı, insan benzeri yanıtlar üretme kapasitesi sayesinde eğitim, profesyonel iletişim ve dijital içerik üretimi de dâhil olmak üzere pek çok sektöre entegre olmuştur. Sorunlu ChatGPT Kullanımı, kullanıcıların yapay zekâ tabanlı sohbet sistemleriyle etkileşimlerinde aşırıya kaçan, kontrol edilemeyen üretkenliği olumsuz etkileyen alışkanlıkları tanımlamak için kullanılan güncel bir kavramdır. Araştırmalar, bu tür problemli kullanımın özellikle stres düzeyi yüksek bireyler arasında daha belirgin olduğunu göstermektedir. Özellikle tıp öğrencileri ve sağlık çalışanları gibi yoğun stres altında olan bireylerde, dijital teknolojilere yönelim bir başa çıkma stratejisi olarak ortaya çıktığı ve yüksek stres düzeyi akıllı telefon ve internet kullanımının artmasına, dolayısıyla problemli teknoloji kullanımına yol açtığını belirten çalışmalar literatürde bulunmaktadır. Bu bulgular, stres düzeyinin artmasının bireyleri sorunlu teknoloji kullanımına daha yatkın hâle getirdiğini ve bu bağlamda sağlık alanında dijital araçlarla etkileşimin dikkatle incelenmesi gerektiğini göstermektedir. Bu bağlamda, stres düzeyi yüksek bireylerin ChatGPT kullanımının diğer bireylere kıyasla daha yoğun olup olmadığı araştırılması gereken önemli bir konu olarak öne çıkmaktadır. Bu çalışmanın amacı, dijital teknolojilerin mesleki ve akademik yaşamda giderek artan kullanımının bir yansıması olarak, algılanan stres düzeyi arttıkça problemli ChatGPT kullanımının da artıp artmadığını değerlendirmek hedeflenmektedir.

Gereç-Yöntem

Bu kesitsel tanımlayıcı araştırmanın örneklemini, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi 2025–2026 eğitim-öğretim yılında öğrenim görmekte olan 246 intörn hekim oluşturmuştur. Veriler, Google Forms üzerinden hazırlanan çevrimiçi bir anket aracılığıyla toplanmıştır. Anket formu; literatür eşliğinde hazırlanmış sosyodemografik anket formu, Algılanan Stres Ölçeği ve Problemli ChatGPT Kullanımı Ölçeğini içermiştir. Problemli ChatGPT Kullanımı Ölçeği, tek boyutlu, toplam puan üzerinden değerlendirilen, ters maddesi bulunmayan ve iç tutarlılık katsayısı Cronbach's α=0.903 olan bir ölçektir. Algılanan Stres Ölçeği, 14 maddeden oluşan beşli Likert tipi bir ölçektir ve bazı maddeleri ters puanlanmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach's α=0.80 olarak bulunmuştur. Alınan toplam puan yükseldikçe algılanan stres düzeyi artmaktadır. Katılım tamamen gönüllülük esasına dayalı olup anket formu; intörn hekimlerin yer aldığı WhatsApp grubunda paylaşılmıştır. Toplam 197 intörn hekime (%80'ine) ulaşılmış, ChatGPT'yi hiç kullanmadığını belirten 13 kişi çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır. Çalışma 184 katılımcı üzerinden gerçekleştirilmiştir. Verilerin analizi SPSS kullanılarak yapılmıştır. Sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, medyan, min ve maks değerler), kategorik değişkenler için ise frekans ve % değerleri hesaplanmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenler arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi, ikili grupların karşılaştırılmasında Mann–Whitney U testi kullanılmıştır. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Katılımcıların yaşları 22 ile 39 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 23.91 ± 1.92 yıl olarak saptanmıştır. Katılımcıların %57.6'sı kadın, %42.4'ü erkektir. Büyük çoğunluğu bekâr (%96.2) olup, %8.7'sinin kronik ve %6.0'sının psikiyatrik hastalığı bulunduğu belirlenmiştir. Sigara kullanımı açısından, katılımcıların %70.1'i hiç sigara kullanmadığını, %12.0'si her gün, %14.7'si ara sıra, %1.6'sı ise sigarayı bırakmış olduğunu belirtmiştir. Alkol tüketimi değerlendirildiğinde, katılımcıların %88.0'ı hiç alkol kullanmadığını, %10.3'ü ara sıra, %0.5'i ise hemen hemen her gün alkol aldığını ifade etmiştir. Katılımcıların fiziksel aktivite düzeyleri incelendiğinde, %40.2'sinin hiç egzersiz yapmadığı, %36.4'ünün haftada 1–2 kez, %18.5'inin haftada 3–4 kez ve %4.9'unun haftada 5 veya daha fazla egzersiz yaptığı belirlenmiştir. Günlük internet kullanımında %59.8'i 3–5 saat, %21.7'si 6–8 saat, %14.1'i 0–2 saat, %4.3'ü 9 saat ve üzeri internet kullandığını belirtmiştir. Benzer şekilde, akıllı telefon kullanım süresi %56.5 oranıyla en fazla 3–5 saat aralığında yoğunlaşmaktadır Katılımcıların %94.6'sı ChatGPT hakkında bilgi sahibi olduğunu, %76.6'sı ChatGPT'ye yönelik olumlu tutum sergilediğini, %19.6'sı kararsız olduğunu, %3.8'i ise olumsuz tutum sergilediğini bildirmiştir. Ayrıca, katılımcıların %75'inin telefonunda ChatGPT uygulamasının bulunduğunu, %3.3'ünün başka bir yapay zekâ uygulaması kullandığını, %21.7'si ise herhangi bir yapay zekâ uygulaması kullanmadığını belirtmiştir. Katılımcılar ChatGPT'yi en çok eğitim, ders notları ve sınav hazırlığı amacıyla kullanmakta olduğunu bildirmiştir (%34.2). Bunu, hem eğitim/sınav hazırlığı hem de kişisel merak/sohbet (%15.2) takip etmektedir. Katılımcıların akıllı telefon kullanım süresi ve günlük internet kullanım süresi ile problemli ChatGPT kullanımı arasındaki ilişki incelenmiş olup, her iki değişkenle de istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (sırasıyla p=0.575 ve p=0.422) Algılanan stres düzeyi ile problemli ChatGPT kullanımı arasındaki ilişki incelendiğinde, iki değişken arasında pozitif yönlü, zayıf düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=0.168, p=0.022). Kısıtlılıklar; veriler katılımcıların kendi beyanlarına dayandığı için yanıtlar doğruluk açısından sınırlı olabilir. Araştırma yalnızca tek bir üniversitedeki intörn hekimleri kapsadığından, sonuçların genellenebilirliği sınırlıdır.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma intörn hekimler arasında algılanan stres düzeyi ile problemli ChatGPT kullanımı arasındaki ilişkiyi incelemiş, algılanan stres düzeyi arttıkça problemli ChatGPT kullanımının da artış gösterdiğini ortaya koymuştur. Katılımcıların büyük çoğunluğunun ChatGPT hakkında bilgi sahibi olduğu ve bu teknolojiye karşı genel olarak olumlu bir tutum sergilediği belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlar, stres düzeyi yüksek bireylerde problemli kullanım riskinin varlığı, sağlık çalışanlarının mesleki ve akademik yaşamda dijital araçlarla etkileşiminde dikkat edilmesi gereken bir alan olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum, eğitim programlarında öğrencilerin ve sağlık çalışanlarının dijital araçlarla etkileşim konusunda bilinçlendirilmesini, stresle başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesini ve ChatGPT gibi yapay zekâ uygulamalarının mesleki ve akademik kullanımına yönelik rehber ve kılavuzların oluşturulmasını gerekli kılmaktadır. Böylelikle hem problemli kullanımın önlenmesi hem de dijital araçların etkin ve verimli bir şekilde mesleki eğitim süreçlerine entegre edilmesi sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Algılanan stres, ChatGPT, intörn, yapay zekâ

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S105]
HASTANE ÇALIŞANLARINDA FAZLA KİLOLULUK/OBEZİTE VE YEME TUTUMU İLİŞKİSİ: VAKA KONTROL ÇALIŞMASI

Çiğdem Savaş Duman[1], Bahar Güçiz Doğan[2]
[1]*Ankara İl Sağlık Müdürlüğü*
[2]*Hacettepe Üniversitesi*

Giriş-Amaç

Sağlığın sosyal belirleyicileri, sağlık sonuçlarını etkileyen tıbbi olmayan faktörlerdir. Psikolojik stresin beslenme davranışları ile ilişkili olduğu literatürde gösterilmiştir. Sağlık çalışanları, uzun çalışma saatleri, kendilerine az zaman ayırabilmeleri ve yüksek tükenmişlik düzeyleri nedeniyle diğer sektörlerde çalışanlara göre daha ağır bir iş yükü ve zihinsel stres yaşamakta, bu da onları fazla kilo/obezite riskine daha duyarlı hale getirmektedir. Bu çalışmada temel amaç, hastane çalışanlarında fazla kilolu/obez olma durumunda yeme tutumunun, algılanan stresin ve algılanan sosyal desteğin ana etken olup olmadığını incelemektir. Çalışma, ülkemizde sağlık çalışanlarında fazla kiloluluk ve obezitenin yeme tutumunun psikososyal özellikler ile ilişkisini değerlendiren ilk çalışmadır.

Gereç-Yöntem

Araştırmanın etik izni Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (No:2022/07-07; 19.4.2022). Çalışmanın yeri Ankara İli Mamak İlçesinde bulunan bir kamu hastanesidir. Evren, toplam 723 personelden 2022 yılında sağlık taramasına katılmış 574 kişidir. Bu kişilerin %5,6'sı (32 kişi) çalışmaya katılmayı reddetmiş, 56 kişi ise (%9,8) dâhil edilme kriterlerini karşılamadığı için çalışmaya dâhil edilmemiştir. Sağlık taramasında BKİ'ye göre fazla kilolu (n=149) ve obez olanlar (n=113) vaka gruplarına, normal kilolu olanlar (n=224) kontrol grubuna dâhil edilmiştir. Veriler, araştırmacılar tarafından oluşturulmuş, yüz yüze görüşmeyle uygulanan 55 soruluk bir anket formu ile toplanmıştır. Katılımcılara Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (12 madde), Algılanan Stres Ölçeği (10 madde) ve Yeme Tutumu Testi (40 madde) de uygulanmıştır. Katılımcılardan sözlü onam alınmıştır. Ölçekler için araştırma grubunda hesaplanan Cronbach's alfa katsayıları sırasıyla 0,89, 0,61 ve 0,87'dir. Vaka ve Kontrol gruplarında olası etkenle karşılaşma durumlarını değerlendirmek için "Odds Ratio"-OR hesaplanmış; bağımsız değişkenlerin etki değiştiricilik durumu Breslow-Day testiyle; karıştırıcı olma durumu Mantel Haenzel OR (düzeltilmiş OR) ve kaba OR'lar karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Fazla kilolu/obez olmanın ana etkeni olabilecek "yeme tutumu" ile ilişkili olan faktörler de çoklu lojistik regresyon analiziyle araştırılmış, iki değişkenli analizlerde p<0,20 olan değişkenler modele dâhil edilmiştir. Hosmer and Lemeshow Testi p>0,05 olan modeller istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Logistik Regresyon analizlerinde anlamlı bulunan modeller arasında uyum R tabanlı Jamovi paket programı ile analiz edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık sınırı p<0,05 kabul edilmiştir.

Bulgular

Her ne kadar istatistiksel olarak anlamlı değilse de kontrol grubuna göre obez grupta erkeklerin kadınlardan 1,4 kat daha fazla olduğu görülmüştür (%95 GA=0,73-2,67; p=0,30). Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, 30-39 yaş aralığında olan obezler, 20-29 yaş aralığında olanların 5,6 katıdır (%95 GA=3,11-10,35; p<0,001). Obezlerde ana etken (main effect) olarak araştırılan yeme tutumu incelendiğinde, bozulmuş yeme tutumuna sahip olanlar, diğerlerinin 2,4 katıdır (%95 GA=1,05-5,70; p=0,037). Fazla kilolu çalışanlarda ortaokul ve altı eğitimi olanların lise üstü eğitim görenlerden 1,6 kat daha fazla oldukları saptanmıştır (OR= 1,6, %95 GA=1,04-2,73; p=0,034). Obez sağlık çalışanlarında "diğer meslek mensuplarının", "sağlık meslek mensuplarının" 5,1 katı (%95 GA=2,76-9,71; p<0,001); fazla kilolulularda 2,4 katı (%95 GA=1,27-4,70; p=0,001) olduğu görülmüştür. Fazla kilolu ve obez çalışanların hane halkı (HH) büyüklüklerinin kontrol grubundan daha fazla olduğu görülmüş olup (HH büyüklüğü >=5 olanlar kontrol grubunda %16,5, fazla kilo grubunda %18,1, obez

grubunda %27,4), HH sayısına eklenen bir bireyin obezite görülme ihtimalini 1,4 kat artırdığı (%95 GA=1,19-1,82; p<0,001) tespit edilmiştir. Obezite bir sağlık sorunu olmasına rağmen obez hastane çalışanları, genel sağlık durumlarını iyi/çok iyi şeklinde değerlendirmiştir. Fazla kilolu/obez çalışanların çoğunun en az bir kez kilo vermeyi denemiş olmaları ve halen kilo vermeyi istemeleri, sağlık algısından çok beden imajına verdikleri önemden kaynaklandığını düşündürmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Sağlık iş gücünün korunması ve geliştirilmesinde, Sağlık Bakanlığının önerileri doğrultusunda çalışanların periyodik tarama programlarının içinde yıllık BKİ takiplerine yer verilmesi önemlidir. Bu programlar, obez çalışanların sağlık riskleri gözetilerek olası sağlık sonuçlarını erken tespit edebilmek amacıyla ek ileri tetkikleri de içermelidir.

Anahtar Kelimeler: Fazla kilo, obezite, yeme tutumu, psikososyal, sağlık çalışanı

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S106]
KONTEYNER KENTTE YAŞAYAN YETİŞKİNLERDE OBEZİTE VE İLİŞKİLİ RİSK FAKTÖRLERİ: MALATYA ÖRNEĞİ

Aleyna Aslan[1], Metin Fikret Genç[1], Osman Kurt[1], Ahmet Burak Avcu[1], Ayşe Baran[1], Ali Özer[1], Harun Kurt[2]
[1]İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[2]Malatya İl Sağlık Müdürlüğü

Giriş-Amaç

Obezite genetik, çevresel, sosyoekonomik, davranışsal veya psikolojik çok sayıda faktör nedeniyle oluşan bir hastalıktır. 6 Şubat 2023 tarihinde, Kahramanmaraş merkezli yaşanan deprem sonrasında geçici yerleşim yerlerinde kalan bireylerde beslenme düzeninin bozulması, artan sedanter yaşam ve psikososyal nedenler bireylerde obezite için bir risk faktörü oluşturabilir. Bu nedenle bu çalışmada Malatya ilinde konteyner kentte yaşayan bireylerin obezite durumları ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Kesitsel Tanımlayıcı tipte olan bu araştırmaya Malatya ilindeki sağlık hizmeti bulunan konteyner kentlerde yaşayan 18 yaş ve üzeri yetişkin bireyler oluşturmaktadır. Bu konteyner kentlerde yaşayan kişi sayısı toplam 27.997'dir. Çalışmanın yapılması için gerekli etik kurul (NO:2024/6812) ve Malatya İl Sağlık Müdürlüğünden izin alınmıştır. Ayrıca çalışma İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Projeleri Birimi tarafından desteklenmektedir (TSA-2025-3932). Çalışmanın verileri 01.06.2025-07.10.2025 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışma için yapılan güç analizinde evreni belli olan örneklem hesabı kullanılarak en az 563 katılımcıya ulaşılması gerektiği bulunmuş ve 563 katılımcıyla çalışma yapılmıştır. Çalışmaya 18 yaş üstü ve gönüllü katılımcılar dahil edilmiştir. Veriler, yüz yüze yapılandırılmış bir anket kullanılarak toplanmıştır. Verilerin toplandığı anket formunda sosyodemografik bilgiler, bireylerin kronik hastalık öyküsü, yaşam tarzı özellikleri ve beslenme alışkanlıkları ile ilgili soruları içermektedir. Katılımcıların boy ve vücut ağırlıkları, dijital ve kalibre edilmiş boy-kilo ölçüm cihazı ile standart protokollere uygun şekilde ölçülmüştür. Obezite ve fazla kilo tanısı, Beden Kütle İndeksi (BKİ) kullanılarak konulmuştur. Dünya Sağlık Örgütü kriterlerine göre BKİ değerleri; <18,5 zayıf, 18,5-24,9 arası normal kilo, 25-29,9 arası fazla kilo, >= 30 obezite olarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde SPSS 22.0 programı kullanılmıştır. BKİ değerleri çalışmanın bağımlı değişkenini oluştururken; cinsiyet, eğitim durumu ve gelir gibi sosyodemografik özellikler bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır. İstatistiksel analizlerde Ki-Kare testi kullanılmıştır. Tüm değerlendirmelerde p<0,05 anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Katılımcıların yaş aralığı 18 ve 91 (min-max) iken median değeri 43'tür. BKİ değer aralığı 14,53-47,27 (min-max) iken medyan değeri 26,78 bulunmuştur. Katılımcıların %38,2'si konteynerda yaşamaya başladıktan sonra kilo aldıklarını, %23,8'i ise kilo verdiklerini belirtmişlerdir. Yapılan ölçümler sonucunda katılımcıların %3,2'sinin zayıf, %31,1'inin normal kiloda, %36,9'unun fazla kilolu, %28,8'inin obeziteli olduğu bulunmuştur. Kadınların %4,1'i zayıf, %29,3'ü normal kiloda, %31,1'i fazla kilolu, %35,5'i obeziteli; erkeklerin ise %1,2'si zayıf, %35,1'i normal kiloda, %50,3'ü fazla kilolu, %13,5'i obeziteli olarak bulunmuştur(p<0,001). Okuryazar olmayanların veya sadece okuryazar olanların %42,9'u obeziteliyken, üniversite mezunlarında bu oran %14,8'dir (p<0,001). Asgari ücret ve daha altında geliri olan katılımcıların obezite oranı %36 iken bir asgari ücretten fazla ama iki asgari ücretten az maaşı olanların obezite oranı %18,5, iki asgari ücretten fazla maaşı olanların ise obezite oranı %13,6 bulunmuştur (p<0,001).

Sonuç ve Öneriler

Çalışma grubunda kadınlarda obezite oranı fazla iken, fazla kilolu oranı ise erkeklerde daha fazladır. Eğitim düzeyinin artması obezite oranını önemli ölçüde etkilemektedir. Sosyoekonomik düzey düştükçe obeziteli birey

oranı artmaktadır. Konteynerkent alanları hem güvenli yaşam alanı sağlayacak hem de kişilerde değişime bağlı oluşabilecek yeni sağlık risklerini ya da mevcut risklerin şiddetlenmesini en aza indirecek şekilde planlanmalıdır. Bireylerin sağlık okuryazarlığını ve farkındalıklarını arttıracak eğitimler verilmeli veya sıklığı arttırılmalıdır. Yapılan taramalarda erken teşhisin önemi daha fazla vurgulanarak katılımcı oranının arttırılması hedeflenmelidir. Araştırmanın sınırlılıkları çalışmaya dahil edilen bireylerin gönüllülük esasıyla katılmaları, verilerin sadece gündüz saatlerinde toplanması nedeniyle çalışmaya kadınların daha fazla katılması, sadece sağlık hizmeti verilen konteynerlerde yapılması oluşturmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Geçici yerleşim yeri, obezite, prevalans

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S107]
BÖLGESEL ANALİZ: KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ İLE SEZARYEN ORANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Vildan Şerife Kara
Konya Selçuklu İlçe Sağlık Müdürlüğü

Giriş ve Amaç

Anne ve çocuk sağlığı, toplumların sağlık düzeyini yansıtan en önemli göstergelerden biridir. Bu kapsamda, doğum şekilleri özellikle de sezaryen oranları hem sağlık hizmetlerinin niteliğini hem de sağlık politikalarının etkinliğini değerlendirmede sıkça kullanılan ölçütlerden biridir. DSÖ, sezaryen doğum oranlarının %10–15 aralığında olmasının anne ve bebek sağlığı açısından optimal olduğunu vurgulamaktadır. Ancak son yıllarda birçok ülkede, özellikle de orta ve yüksek gelirli toplumlarda sezaryen oranlarının bu sınırların üzerine çıktığı bildirilmektedir. Türkiye'de de sezaryen oranlarının son on yılda belirgin bir artış gösterdiği, bölgesel düzeyde ise anlamlı farklılıklar olduğu görülmektedir.

Öte yandan koruyucu sağlık hizmetleri, anne ve bebek ölümlerinin azaltılmasında ve sağlıklı nesillerin yetiştirilmesinde kritik rol oynamaktadır. Gebe izlemleri, bebek ve çocuk sağlığı izlemleri, aşılama hizmetleri ve emzirmenin desteklenmesi gibi uygulamalar, doğum öncesi ve sonrası komplikasyonların önlenmesine katkıda bulunmaktadır. Koruyucu hizmetlerin güçlü olduğu bölgelerde anne adaylarının daha bilinçli hale geldiği, gebelik sürecinde komplikasyon risklerinin erken tespit edildiği ve doğum tercihlerinin daha rasyonel şekilde yönlendirildiği gösterilmiştir.

Türkiye'de sezaryen oranlarının bölgesel düzeyde farklılaşmasının nedenleri arasında sosyoekonomik durum, sağlık hizmetlerine erişim, kültürel faktörler ve sağlık profesyonellerinin uygulamaları yer almakla birlikte, koruyucu sağlık hizmetlerinin düzeyi de önemli bir belirleyici olarak öne çıkmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterince güçlü olmadığı bölgelerde, gebelik sürecinde komplikasyonların geç fark edilmesi veya doğumun planlı şekilde yönlendirilememesi, sezaryen oranlarını artırabilmektedir. Bu çalışma, Türkiye'de bölgeler arası koruyucu sağlık hizmetleri düzeyi ile sezaryen oranları arasındaki ilişkinin incelenmesini amaçlamaktadır. Böylece hem bölgesel sağlık farklılıklarının ortaya konulması hem de anne-çocuk sağlığına yönelik politikaların geliştirilmesine katkı sağlanması hedeflenmektedir.

Gereç-Yöntem

Çalışma ekolojik bir tasarıma sahiptir. Veri kaynakları olarak Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan 2023 yılı doğum istatistikleri ile koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanma verileri kullanılmıştır.

Bağımsız değişkenler kapsamında, koruyucu sağlık hizmetleri göstergeleri olarak antenatal bakım, gebe izlem, bebek izlem, çocuk izlem ve aşılama oranları (karma aşı, HBV ve KKK) değerlendirilmiştir. Ayrıca, birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimi yansıtan göstergelerden biri olarak aile hekimine kişi başı başvuru sayısı (kez/yıl) ve aile hekimi birimi başına düşen kişi nüfusu analize dahil edilmiştir. Bu değişkenler doğrudan koruyucu hizmet ölçütü olmasa da birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunum kapasitesi ve erişilebilirliğini göstererek koruyucu hizmetlerin etkinliğine dolaylı katkı sağlamaktadır.

Bağımlı değişken olarak ise sezaryen oranları kullanılmış ve bölgeler sezaryen oranlarına göre SPSS Rank Case yöntemiyle düşük ve yüksek olmak üzere iki kategoriye ayrılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. Normal dağılan gruplar için karşılaştırmalarda Student's t testi, normal dağılmayan gruplarda ise Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Korelasyon analizlerinde, normal dağılan değişkenler için Pearson korelasyon katsayısı, normal dağılmayan değişkenler için Spearman sıra korelasyonu kullanılmıştır. Tüm veriler, ortalama ± standart sapma ve medyan değerleri ile özetlenmiştir.

Analizler SPSS programı kullanılarak gerçekleştirilmiş ve $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Türkiye genelinde sezaryen oranları bölgesel farklılıklar göstermektedir. En düşük sezaryen oranı %48,1 ile Ortadoğu Anadolu bölgesinde gözlenirken, en yüksek oran %70,1 ile Batı Karadeniz bölgesinde kaydedilmiştir.

Tanımlayıcı istatistiklere göre, Türkiye'de koruyucu ve birinci basamak sağlık göstergeleri genel olarak yüksek düzeydedir. Antenatal bakım hizmeti ortalama %99,6 ile en yüksek değere sahipken, bunu %98,2 ile HBV aşısı, %98,1 ile karma aşı ve %96,9 ile gebe izlem oranları izlemektedir. Çocuk izlem oranı ortalama %92.9, bebek izlem oranı ise %92.5 ile en düşük kapsama sahip göstergeler olmuştur. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında kişi başına düşen hekim müracaat sayısı 3,9 ile 6,0 arasında değişmekte olup ortalama 5,0 olarak saptanmıştır. Aile hekimi başına düşen nüfus ise 3.030–3.520 aralığında olup ortalama 3.190 kişidir.

Sezaryen oranlarının yüksek ve düşük olduğu bölgeler karşılaştırıldığında, birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru sayısıyla sezaryen oranları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,034$). Başvuru sayısının yüksek olduğu bölgelerde sezaryen oranlarının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca, KKK aşılama hızı ile sezaryen oranı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,019$). KKK aşılama hızının yüksek olduğu bölgelerde sezaryen oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Birinci basamak kişi başı müracaat sayısı ($r=0,680$; $p=0,015$), aile hekimi birimi başına düşen nüfus ($r=0,584$; $p=0,046$), KKK aşılama hızı ($r=0,953$; $p=0,019$) ve hepatit B aşılama hızı ($r=0,616$; $p=0,033$) ile sezaryen oranı arasında pozitif ve anlamlı korelasyonlar saptanmıştır. Buna karşılık, karma aşılama hızı ($r=0,027$; $p=0,934$), gebe izlem ($r=0,214$; $p=0,505$), bebek izlem ($r=0,343$; $p=0,276$) ve çocuk izlem ($r=0,115$; $p=0,722$) oranları ile sezaryen oranları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma, Türkiye'de koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanım düzeyi ile sezaryen oranları arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçlamıştır. Analizler, koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanım düzeyinin yüksek olmasının sezaryen oranlarını tek başına düşürmediğini, doğum şekli tercihlerinin aynı zamanda sosyokültürel faktörler, sağlık profesyonellerinin uygulamaları ve bireylerin sağlık algısı gibi çok boyutlu etkenlerle şekillendiğini göstermiştir.

Son yıllarda kızamık vakalarının diğer aşı ile önlenebilir enfeksiyon etmenlerine göre daha fazla artış göstermesi, toplumda sağlıkla ilgili kaygı ve kontrol ihtiyacını artırmış olabilir. Artan bu sağlık kaygısının, bireylerin sağlık kuruluşlarına daha sık başvurmalarına ve güvenlik algısının doğum tercihlerinde sezaryen lehine yönelmesine katkı sunduğu düşünülebilir. Dolayısıyla, sezaryen oranlarını azaltmaya yönelik politikalar yalnızca hizmet erişimini artırmayı değil; aynı zamanda eğitim, danışmanlık, sosyokültürel faktörlerin yönetimi ve sağlık profesyonellerinin uygulamalarının standardizasyonunu da içermelidir. Bu çok boyutlu yaklaşım, doğumun tıbbi gereklilikler çerçevesinde yönetilmesini ve gereksiz sezaryen oranlarının azaltılmasını destekleyecektir.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, sezaryen

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S108]
YAPAY ZEKA OKURYAZARLIĞI İLE YAPAY ZEKA KAYGI İLİŞKİSİ: TIP FAKÜLTESİ ASİSTAN HEKİMLERİ ÖRNEĞİ

Yasemin Durduran, Esra Hacılar, Hasan Küçükkendirci, Mehtap Yücel, Lutfi Saltuk Demir
Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Yapay zekâ (YZ), sağlık hizmetlerinde tanı, tedavi, izlem ve karar destek süreçlerine hızla entegre olmakta ve bu süreçte hekimlerin bilgi, beceri ve tutumlarının önemi artmaktadır. Ancak bu teknolojik dönüşüm, beraberinde bilgi eksikliği, etik kaygılar ve mesleki tehdit algılarına dayalı YZ kaygısını da getirmektedir. YZ teknolojilerine karşı bireysel farkındalık ve değerlendirme yeterliliği olarak tanımlanan "YZ okuryazarlığı", bu kaygının anlaşılmasında belirleyici olabilir. Bu çalışmanın amacı, asistan hekimlerin YZ okuryazarlığı ile YZ'ye yönelik kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiyi ve sosyodemografik değişkenlere göre farklılıkları incelemektir.

Gereç-Yöntem

Kesitsel nitelikteki bu çalışma, Ocak–Şubat 2025 tarihleri arasında Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yapan asistan hekimler ile yürütülmüştür. Çalışmanın evrenini aynı fakültede eğitim alan toplam 751 asistan hekim oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü Epi Info 7.2.6.0 programı kullanılarak, bilinmeyen evren prevalansı %50, %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile minimum 264 kişi olarak hesaplanmıştır. Veri kayıpları ve dışlama kriterleri sonrası 296 asistan hekim çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya katılım çevrim içi anket aracılığıyla gönüllülük esasına göre gerçekleşmiştir. Etik kurul onayı (20.12.2024-5392) ve idari izinler alınmıştır. Veri toplama formunda sosyodemografik bilgiler, YZ ile ilgili deneyim ve tutumlara yönelik sorular, YZ Okuryazarlığı Ölçeği (AILS) ve YZ Kaygı Ölçeği (AIAS) yer almıştır. Çalışma için bağımlı değişken AIAS toplam ve alt boyut puanlarıdır. Bağımsız değişkenler ise sosyodemografik özellikler, internet kullanım süresi, YZ deneyimi, YZ bilgi kaynakları, YZ eğitimine katılım, YZ uygulamalarına yönelik algı ve tutumlar ile AILS toplam ve alt boyut puanlarıdır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra, grup karşılaştırmaları için bağımsız örneklem t-testi ve One-Way ANOVA; ölçekler arası ilişkiler için Pearson korelasyon analizi kullanılmış, anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir. Çalışma tek merkezde yürütülmüş, öz-bildirim yöntemiyle veri toplanmıştır. Bu nedenle yanıtların doğruluğu sosyal istenirlik yanlılığıyla etkilenebilir. Ayrıca kesitsel tasarım, nedensellik ilişkisi kurmaya izin vermemektedir.

Bulgular

Katılımcıların AILS toplam puanı 54,13±12,49; AIAS toplam puanı ise 76,27±25,88 bulunmuştur. AILS puanı, bekar olanlarda, interneti uzun süre kullananlarda, YZ deneyimi olanlarda ve YZ eğitimi alanlarda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). AIAS puanı ise kadınlarda ve YZ'nin gelecekte mesleklerini tehdit edebileceğini düşünenlerde daha yüksektir ($p<0,05$). YZ'yi hekimliğe faydalı gören bireylerin AILS puanları yüksek, AIAS puanları ise düşüktür ($p<0,05$). AILS ile AIAS toplam puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamış ($p=0,11$), ancak AILS'nin kullanım ve değerlendirme alt boyutları ile AIAS'nin öğrenme alt boyutu arasında negatif, zayıf fakat anlamlı ilişkiler gözlenmiştir ($p=0,008$).

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada, genel olarak YZ okuryazarlığı ile YZ kaygısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ancak, YZ'nin öğrenilmesi sürecine dair kaygının, bireylerin YZ'yi etkin kullanma ve değerlendirme becerileriyle düşük düzeyde de olsa ilişkili olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar, YZ'ye dair kaygının yalnızca bilgi düzeyine değil, bireysel deneyim, eğitim ve algıya da bağlı olduğunu göstermektedir. Tıp eğitimine YZ okuryazarlığını geliştirecek yapısal ve etik içeriklerin entegrasyonu, hekimlerin bu teknolojiye adaptasyonunu ve kaygılarla başa çıkma becerilerini artırabilir. Bu bağlamda, tıp fakültelerinde planlı YZ eğitimlerinin yaygınlaştırılması uygun olabilir.

Anahtar Kelimeler: Yapay zekâ, okuryazarlık, kaygı, asistan hekim, tıp eğitimi

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S109]
TIP FAKÜLTESİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNDE YAPAY ZEKA ARAŞTIRMASI: KESİTSEL BİR ÇALIŞMA

***Nurhan Meydan Acımış*, İklil Ayberk Saraç**
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

İlk kez 1956 yılında John McCarthy tarafından ortaya atılan yapay zeka terimi, büyük miktarda veriyi hızlı ve güvenilir bir şekilde yorumlayarak belirli görevleri yerine getirmek için insan zekasını taklit edebilen sistemleri temsil etmektedir. Makine öğrenmesi ve derin öğrenmedeki son gelişmelerle birlikte yapay zeka, çeşitli sektörlerde özellikle tıp alanında odak noktası haline gelmiştir. Sağlık hizmetlerinde yapay zeka uygulamaları, potansiyel beklentileri ve umut vadeden geleceği nedeniyle büyük ilgi görmekte, radyoloji, patoloji, kardiyoloji ve genomik gibi alanlarda giderek artan bir kullanım alanı bulmaktadır. Tıbbi yapay zekadaki hızlı gelişmeler, hekimlerin sadece teknik bilgiye değil, aynı zamanda yapay zeka çıktılarının eleştirel değerlendirilmesi becerisine ve veri mahremiyeti ile klinik sorumluluk gibi etik kaygıları anlama yeteneğine sahip olmalarını zorunlu kılmaktadır. Bu dönüşüm, yapay zekanın tıp eğitiminin önemli bir bileşeni haline gelmesini kaçınılmaz kılmaktadır. Tıp öğrencilerinin büyük çoğunluğu yapay zekanın mesleklerini etkileyeceğine inanmakta ve bu konuda eğitim talep etmektedir. Ancak literatürde tıp öğrencilerinin tıbbi yapay zekaya hazır bulunuşluklarını değerlendiren sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışma, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin yapay zekaya yönelik genel tutumları ve tıbbi yapay zeka hazır bulunuşluk düzeylerini birlikte değerlendirerek literatüre katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem

Bu kesitsel çalışma, 10 Temmuz - 14 Ağustos 2025 tarihleri arasında Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yürütülmüştür. Çalışmanın evrenini 2025-2026 akademik yılında kayıtlı tüm intörnler oluşturmuştur (n=248). Örneklem seçim yöntemi kullanılmadan evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş; çalışma döneminde 237 intörne ulaşılarak %95 katılım oranı sağlanmıştır. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alınmış (onay numarası: 2025/13) ve katılımcılardan sözel onam alınmıştır. Veriler yüz yüze anket yöntemiyle toplanmıştır. Veri toplama aracı, 22 sosyodemografik değişken ve tıpta yapay zeka kullanımına ilişkin sorular, Yapay Zekaya Yönelik Genel Tutum Ölçeği'nden 20 soru ve Tıbbi Yapay Zeka Hazır Bulunuşluk Ölçeği'nden 22 soru olmak üzere toplam 64 sorudan oluşmaktadır. Schepman ve ark. tarafından 2020 yılında geliştirilen Yapay Zekaya Yönelik Genel Tutum Ölçeği, 2022 yılında Kaya, Aydın ve Yetişensoy tarafından Türkçeye uyarlanmış olup pozitif ve negatif örnekler için sırasıyla 0,82 ve 0,84 Cronbach alfa değerleriyle yüksek güvenilirlik göstermektedir. Karaca ve ark. tarafından 2021 yılında geliştirilen Tıbbi Yapay Zeka Hazır Bulunuşluk Ölçeği (MAIRS-MS), 0,87 Cronbach alfa değeriyle yüksek güvenilirliğe sahiptir ve bilişsel, beceri, vizyon ve etik olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Bağımlı değişkenler her iki ölçekten alınan puanları içerirken, bağımsız değişkenler yaş, cinsiyet, gelir durumu, ebeveyn eğitim düzeyi, kişilik tipi, aile yapısı, ikamet, aile gelir durumu, akademik başarı, yapay zeka eğitimi alma durumu, yapay zeka uygulamaları hakkında bilgi sahibi olma, tıp pratiğinde yapay zeka kullanma isteği ve tanı-tedavide yapay zeka avantajlarına ilişkin algıları içermektedir. Veri analizi için SPSS-31 yazılımı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sürekli değişkenler için ortalama ve standart sapma olarak sunulmuştur. Dağılımın normalliğini test etmek için Kolmogorov-Smirnov analizi kullanılmıştır. Ölçek alt boyutları ve toplam puanlar arasındaki ilişkileri değerlendirmek için Pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Bu çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

Bulgular

Çalışmaya yaş ortalaması 23,78±1,0 olan toplam 237 intörn katılmıştır. Katılımcıların %50,6'sı kadın, %87,8'i

daha önce yapay zeka eğitimi almamış ve %51,5'i tıpta kullanılan yapay zeka uygulamaları hakkında bilgi sahibi değildir. Bununla birlikte, %84,4'ü gelecekteki tıp pratiğinde yapay zeka kullanmak istemektedir. Yapay zeka faydalarına ilişkin olarak, %87,3'ü yapay zeka kullanan hastanelerin tanıda, %81,0'ı ise tedavide daha avantajlı olacağına inanmaktadır. Ayrıca, %82,7'si tıp müfredatında yapay zeka ile ilgili eğitim istemiş, %84,4'ü tıp fakültesinde yapay zeka uygulamalarının olmasını arzulamış ve %84,8'i yapay zeka uygulamalarının tıpta daha yoğun kullanılması gerektiğine inanmaktadır. Ancak, yalnızca %65,4'ü yapay zeka uygulamalarını güvenilir bulmaktadır. Yapay Zekaya Yönelik Genel Tutum Ölçeği'ne göre, negatif tutum alt boyutu ortalama puanı 24,51±6,78 iken, pozitif tutum alt boyutu ortalama puanı 45,22±8,38 olarak bulunmuştur. Tıbbi Yapay Zeka Hazır Bulunuşluk Ölçeği'ne göre, toplam ölçek puanı 74,74±14,73 olup, alt boyut puanları şu şekildedir: bilişsel 24,61±6,49, beceri 29,22±6,11, vizyon 10,27±2,65 ve etik 10,63±2,59. Genel Tutum Ölçeği'nin hem pozitif hem de negatif tutum alt boyutları ile Tıbbi Yapay Zeka Hazır Bulunuşluk Ölçeği'nin tüm alt boyutları ve toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyonlar saptanmıştır ($p<0,001$ ve $p<0,05$).

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin yapay zekaya yönelik genel olarak pozitif tutuma sahip olduğunu, tıbbi yapay zeka hazır bulunuşluk düzeylerinin ise orta seviyede olduğunu ortaya koymuştur. İntörnler klinik süreçlerde yapay zeka kullanımı için yüksek motivasyona sahip olmakla birlikte, bilişsel düzeyde teorik bilgi eksiklikleri göstermektedir ve bu durum sınırlı sayıdaki karşılaştırmalı çalışmalarda ortak bir sorundur. Ayrıca, güven algısı, etik kaygılar ve entegrasyon sürecine ilişkin belirsizlikler, yapay zekanın tıp pratiğine etkili şekilde entegrasyonu için ele alınması gereken başlıca alanlardır. Öneriler; yapay zeka modüllerinde kavramsal çerçevelerin güçlendirilmesi, salt uygulama eğitiminin ötesinde eleştirel düşünme bileşenlerinin dahil edilmesi, sistematik etik eğitim desteğinin sağlanmasıdır. İlaveten, tıp pratiğinde başarılı yapay zeka entegrasyonu için sadece teknik yeterlilik değil aynı zamanda bilişsel bilgi tabanını da güçlendirecek eğitim programları tasarlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Yapay zeka, tıp eğitimi, tıp öğrencileri

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S110]
TRABZON İLİNDE YAŞAYAN 20 YAŞ VE ÜSTÜ BİREYLERDE TEKNOLOJİ BAĞIMLILIKLARI PREVALANSI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Behiye Şahbaz, Nazım Ercüment Beyhun, Hilal Çankaya, Ümmügülsüm Özel, Murat Topbaş, Serdar Karakullukçu, Sevil Turhan
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Gelişen teknolojiyle birlikte elektronik cihazlar ve internet günlük yaşamın ayrılmaz bir parçası hâline gelmiştir. Teknolojik cihazların kontrolsüz kullanımı bireyleri biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden olumsuz etkilemekte, bunun neticesinde bağımlılık, yoksunluk ve sosyal izolasyon gibi sorunlara yol açmaktadır. Teknoloji bağımlılıkları, teknolojilerin ve çevrimiçi uygulamaların potansiyel olarak aşırı kullanımını kapsayan, davranışsal bağımlılıkların bir alt kümesi olarak tanımlanmaktadır. Teknoloji bağımlıkları arasında internet bağımlılığı, sosyal medya bağımlılığı (SMB), internet oyun oynama bozukluğu (İOOB) ve akıllı telefon bağımlılığı (ATB) literatürde başlıca bağımlılık türleri olarak öne çıkmaktadır. Bu bağımlılıklardan yalnızca İOOB, DSM-V'te daha fazla araştırma gerektiren bir bozukluk olarak yer almıştır. Diğer teknoloji bağımlılıklarının da gelecekte daha net tanımlanacağı ve artan teknoloji kullanımıyla birlikte prevalansının artacağı öngörülmektedir. Türkiye'de yetişkin nüfusta teknoloji bağımlılıklarının prevalansını ve ilişkili faktörleri değerlendiren nüfus temelli araştırmalar sınırlıdır. Bu çalışmada, Trabzon'da yaşayan 20 yaş ve üzeri bireylerde teknoloji bağımlılıklarının prevalansı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Teknoloji bağımlılıkları; ATB, SMB ve İOOB üzerinden değerlendirilmiştir. Ayrıca ATB, SMB ve İOOB arasındaki ilişkileri ortaya koymak ve bu bağımlılık türlerini şekillendiren ortak davranışsal belirleyicilerin (akıllı telefon kullanımı, sosyal medya kullanımı ve dijital oyun oynama) doğrudan ve dolaylı etkilerini incelemek amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Kesitsel tipte tasarlanan bu araştırma, Trabzon'da yaşayan 20 yaş ve üzeri bireyler arasında Ocak–Haziran 2024 tarihleri arasında yürütülmüştür. Evreni, TÜİK 2022 verilerine göre 609.222 yetişkin oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü, ATB, SMB ve İOOB prevalanslarına ilişkin önceki araştırmalara dayanarak Open Epi programı ile hesaplanmıştır. En yüksek örneklem ATB için bulunmuş (%30 prevalans, %2 sapma, 1 desen etkisi, %95 GA) ve 2.011 kişi olarak belirlenmiştir. %25 fire payı eklenerek hedef örneklem 2.514 kişidir. İlçeler SEGE-2022'ye göre seçilmiş, yaş ve cinsiyet tabakalandırması TÜİK verilerine göre yapılmıştır. Veriler, literatür taramasıyla hazırlanan anketin yüz yüze uygulanmasıyla toplanmış ve 2.615 kişi analize dâhil edilmiştir. Teknoloji bağımlılıkları (ATB, SMB, İOOB) araştırmanın bağımlı değişkenidir. Araştırmanın bağımsız değişkenlerini ise katılımcıların sosyodemografik ve kişisel özellikleri, sahip oldukları teknolojik cihazlar ve internet erişimi, akıllı telefon kullanım özellikleri, sosyal medya kullanım özellikleri ve dijital oyun oynama özellikleri oluşturmaktadır. ATB, SMB ve İOOB değerlendirmeleri sırasıyla ATBÖ-KF, BSMBÖ ve İOOBÖ9-KF ölçekleriyle yapılmıştır. Veriler IBM SPSS 26.0 ve AMOS 24.0 programlarıyla analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra hiyerarşik lojistik regresyon, genelleştirilmiş lineer model ve yapısal eşitlik modeli kullanılmıştır. Tüm istatistik analizlerde önemlilik değeri $p<0,05$ olarak alınmıştır.

Bulgular

ATB, SMB ve İOOB prevalansları tüm katılımcılarda sırasıyla %16,4; %10,6 ve %0,4 olarak bulunmuştur. Günlük telefon kullanımının >=3 saat olması ve SMB varlığı ATB için; sosyal medya kullanımının >=2 saat olması, 20–44 ve 45–64 yaş grubunda olmak, bekar olmak ve ATB varlığı ise SMB için risk faktörüdür. Tablette oyun oynamak, haftada >=4 oyun oynamak ve kesintisiz >=60 dakika süren oyun, ATB ve SMB varlığı İOOBÖ9-KF puanını artıran faktörlerdir. Akıllı telefon, sosyal medya ve dijital oyun kullanımına bağlı bağımlılıkların birbirini etkilediği saptanmıştır.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma, erişkinlerde ATB, SMB ve İOOB'nin varlığını göstermekte ve artan teknoloji kullanımıyla birlikte bu durumun halk sağlığı açısından izlenmesi gereken önemli bir konu olduğunu göstermektedir. Teknoloji bağımlılıklarının birbirini etkilediği ve ortak kullanım davranışlarıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Uzun süreli ve çoklu teknoloji kullanımı, başlıca risk faktörlerindendir. Bu nedenle erişkinlere yönelik kullanım süresini izleme, mola verme ve çoklu dijital ortam farkındalığına odaklanan yaklaşımlar geliştirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Teknoloji bağımlılıkları, akıllı telefon bağımlılığı, sosyal medya bağımlılığı, internet oyun oynama bozukluğu, prevalans

TAM METİN SÖZLÜ BİLDİRİ

[S111]
SAĞLIK ALANINDA YAPAY ZEKÂ UYGULAMALARI VE ETİK DÜZENLEME GEREKSİNİMLERİ

Sümeyye Şimşek
İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Özet

Günümüzde sağlık sistemlerinde dijitalleşmenin hızlanmasıyla birlikte yapay zekâ (YZ) ve makine öğrenmesi uygulamaları, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırma, maliyetleri azaltma ve erişilebilirliği güçlendirme amacıyla yaygınlaşmıştır. YZ, tıbbi görüntü analizi, tanı ve tedavi planlama, klinik karar destek sistemleri ve epidemiyolojik öngörüler gibi birçok alanda etkin şekilde kullanılmaktadır. Literatürde yer alan çalışmalar, YZ'nın kardiyoloji, nöroşirürji, onkoloji ve radyoloji alanlarında tanısal doğruluğu artırdığını ve klinik süreçleri hızlandırdığını göstermektedir (8,14). Bunun yanı sıra pediatrik hastalıkların teşhisinde ve mobil sağlık uygulamaları aracılığıyla diyabetin önlenmesinde yüksek başarı oranları bildirilmiştir. Türkiye'de de T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen "Korona Önlem Uygulaması" ve "Neyim Var" gibi YZ tabanlı sistemler, tanı süreçlerini destekleyerek sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmıştır. Ancak YZ'nın sağlıkta kullanımının yaygınlaşması, etik düzenleme ve yönetişim gereksinimlerini de beraberinde getirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlıkta yapay zekâ sistemlerinin insan hakları, adalet, şeffaflık ve hesap verebilirlik ilkeleri doğrultusunda yapılandırılması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu bağlamda, veri gizliliği, algoritmik önyargıların önlenmesi, sorumluluk paylaşımı ve hastaların bilgilendirilmiş onam haklarının korunması etik açıdan kritik öneme sahiptir. Sonuç olarak, YZ sağlık hizmetlerinde verimliliği ve doğruluğu artırma potansiyeline sahip olmakla birlikte, etik yönetişim ilkeleri çerçevesinde güvenilir ve insan odaklı biçimde uygulanmalıdır. Literatür derlemesi niteliğinde olan bu çalışmada YZ uygulamalarının sağlık hizmetleri alanındaki faydalarına yönelik mevcut uygulamaların ortaya konması ve bu uygulamalarda ortaya çıkan etik risklerin ve etik düzenleme gereksinimlerinin tanımlanması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: artificial intelligence, health, healthcare, ethics

Giriş-Amaç

Yaşamın gittikçe dijitalleştiği günümüz dünyasında teknoloji ve bilişim sistemlerinin artan ivme ile gelişimi birçok sektör gibi sağlık sektörünü de harekete geçirmiştir (1). Bununla birlikte hala ülkelerin sağlık politikalarının temelinde düşük maliyetli, kaliteli ve ulaşılabilir sağlık hizmetleri gelmektedir. Bu amaçların gerçekleştirilebilmesi yolunda YZ ve makine öğrenmesi tekniklerinin sunduğu fırsatlar sağlık sistemlerinde hızla yerini almaktadır. YZ kavramı, insan gibi davranışlar sergileme, sayısal mantık yürütme, hareket, konuşma ve ses tanıma gibi birçok yeteneğe sahip yazılımsal ve donanımsal sistemler bütünüdür. YZ aynı zamanda, doğadaki varlıkların akıllı davranışlarını yapay olarak ortaya çıkarmayı amaçlayan bir kuramı ifade etmektedir (2). Avustralya Council of Learned Academies'in tanımına göre ise YZ, "insanların düşünmesini gerektirecek görevleri yapmak ve problemleri çözmek üzere birbirleriyle ilişkilendirilmiş teknoloji koleksiyonu" olarak tanımlamaktadır (1). YZ tıp alanında, 1950'lerden beri kullanılmaktadır (1). Cerrahi alanda ise ilk olarak 1976 yılında bilgisayar analiziyle akut karın ağrısının teşhis edilebilme ihtimalinin araştırılmasında kullanılmıştır (3).

Sağlık hizmetlerinde YZ, tıbbi görüntü analizinden elektronik sağlık kaydı analizine, klinik karar destek sistemlerinden epidemiyolojik öngörülere kadar hem idari hem de tıbbi birçok süreçte geniş bir uygulama alanına sahiptir (4). Örneğin, medikal görüntüleme alanında tümör tespiti ve radyoloji taramalarının otomatik değerlendirilmesi, yapay zekâ sistemlerinin klinik tanı süreçlerine entegrasyonu açısından önemli başarı örnekleri arasındadır.

Bununla birlikte, bu teknolojilerin sağlık sistemlerine entegrasyonu etik ve yönetişim ilkeleriyle de uyumlu olmalıdır. Özellikle "güvenilir tıbbi yapay zekâ" kavramı, sağlık bağlamında kritik öneme sahiptir (5). DSÖ 2021 yılında yayımladığı "Ethics and Governance of Artificial Intelligence for Health" adlı rehberinde, YZ uygulamalarının insan hakları, adalet, şeffaflık, hesap verebilirlik ve mahremiyet gibi temel etik ilkeler çerçevesinde yapılandırılması gerektiğini vurgulamakta ve sağlıkta YZ kullanımına ilişkin küresel düzeyde temel etik ilkeleri ve yönetişim önerilerini ortaya koymaktadır. Rehber, sağlık alanında YZ kullanımının risklerini ve etik zorluklarını ele alırken ayrıca, farklı paydaşların (hükûmetler, sağlık sistemleri, teknoloji geliştiricileri, toplumlar) sorumluluklarını belirleyen prensipler ve öneriler sunmaktadır (6).

Halk sağlığı perspektifinden bakıldığında ise, yapay zekâ uygulamaları yalnızca bireysel hasta bakımında değil, nüfus temelli sağlık izleme, salgın gözetimi, risk modellemesi ve kaynak planlamasında da önemli roller oynar. Bu bağlamda, etik düzenleme gereksinimleri sağlık politikaları açısından da kritik hale gelmektedir.

Bu çalışmanın amacı, YZ uygulamalarının sağlık alanında kullanımı ve sağlık hizmetlerine olan katkısını ortaya koymak, bu uygulamalarda ortaya çıkan etik riskleri ve etik düzenleme gereksinimlerini tanımlamak ve bunları gidermeye yönelik düzenleyici ilkeleri incelemektir.

Gereç-Yöntem

Literatür derlemesi niteliğinde olan bu çalışma ile YZ uygulamalarının sağlık hizmetleri alanındaki faydalarına yönelik mevcut uygulamaların ortaya konması ve bu uygulamalarda ortaya çıkan etik risklerin ve etik düzenleme gereksinimlerinin tanımlanması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda çalışmaya ulusal ve uluslararası dergilerde yayımlanmış makaleler dâhil edilmiştir. Çalışma kapsamında yararlanılan makalelerin seçiminde Pubmed, Google Scholar, DergiPark ve ResearchGate veri tabanları kullanılmıştır. Ekim 2025 tarihinde gerçekleştirilen kaynak taramasında "artificial intelligence", "health", "healthcare", ''ethics'', ''yapay zekâ'', ''sağlık'', ''sağlık hizmetleri'' ve ''etik'' anahtar kelimeleri kullanılarak tarama yapılmıştır. Makale seçiminde dahil etme ve dışlama kriteri kullanılmamıştır.

Bulgular

1. Sağlık Alanında Yapay Zekâ Uygulamaları

YZ'nın sağlık alanında kullanımında temel amaç, sağlık hizmetlerinin kaliteden ödün verilmeksizin maliyet ve zaman etkin şekilde sürdürülebilmesidir. Bu bağlamda tanı ve teşhis, tedavi planlama, ilaç geliştirme, hastane yönetimi, robotik cerrahi, sağlık danışmanlığı ve Chatbotlar, sağlık kayıtları ve veri analizi gibi çeşitli alanlarda YZ'dan faydalanılmaktadır (7).

Tajik A J. (2016) tarafından yapılan bir çalışma, YZ'nın yöntemlerinden biri olan makine öğrenmesinin YZ tekniklerinin kardiyak görüntüleme pratiği üzerindeki olumlu etkilerini ortaya koymaktadır. Ekokardiyografi görüntülerinde görüntü kalitesi ve ölçümlerin tekrarlanabilirliği kişiden kişiye değişmektedir. Görüntü yorumlama zaman alıcıdır ve gözlemciye bağlı hatalar olabilir. Çalışmaya göre, makine öğrenmesine dayalı algoritmalar ekokardiyografik verilerin analizi sürecinde insan gözlemine bağlı öznelliği azaltarak hem tanısal doğruluğu hem de işlem verimliliğini artırmaktadır. Bunun yanı sıra tanısal süreçleri otomatikleştirerek klinik karar destek sistemlerinin etkinliğini güçlendirmeye yardımcıdır (8).

Senders ve ark. (2017), nöroşirürji alanında yapay zekâ ve makine öğrenmesi uygulamalarını incelemiş ve bu teknolojilerin klinik uygulamalarda kullanımının pozitif etkilerini ortaya koymuşlardır. Çalışmada, makine öğrenmesi algoritmalarının özellikle nörogörüntüleme analizinde, tümör sınıflandırması, cerrahi sonuçların öngörülmesi ve karar destek sistemlerinin geliştirilmesi gibi alanlarda etkili biçimde kullanıldığı vurgulanmıştır. Derin öğrenme ve yapay sinir ağları gibi yöntemlerin karmaşık klinik ve görüntüleme verilerinden anlamlı sonuçları tanımlayarak tanısal doğruluğu artırabileceği belirtilmiştir. Ayrıca bu yöntemlerin, cerrahi riskin önceden tahmin edilmesi ve kişiselleştirilmiş tedavi stratejilerinin oluşturulmasında klinisyene yardımcı olabileceği ifade edilmiştir (9).

Krittanawong ve ark. (2017), YZ yöntemlerinden biri olan derin öğrenme uygulamalarının kalp-damar hastalıklarının tanı ve tedavisinde önemli yararlar sağlayabileceğini, bunu yanı sıra derin öğrenme algoritmalarının büyük miktarda klinik, görüntüleme ve genetik veriyi analiz ederek hastalıkları daha erken ve doğru bir şekilde saptayabildiğini belirtmiştir. Bu teknolojilerin özellikle kardiyak görüntüleme verilerinin otomatik değerlendirilmesi, ritim bozukluklarının tespiti, koroner arter hastalığı riskinin tahmini ve tedaviye verilen yanıtın izlenmesi gibi alanlarda başarılı sonuçlar verdiği ifade edilmiştir. Çalışma sonucunda, bu yöntemlerin kardiyovasküler tıpta daha hızlı, doğru ve kişiselleştirilmiş bir tanı ve tedavi sürecine olanak sağladığının altı çizilmiştir (10).

Chen ve ark. (2017), derin öğrenme yöntemlerinin radyoloji raporlarını otomatik olarak sınıflandırmadaki başarısını ortaya koymuştur. Çalışmada, metin halindeki radyoloji raporları derin öğrenme temelli doğal dil işleme teknikleriyle analiz edilmiştir. Bu sayede raporlardaki tıbbi ifadeler ve bulgular doğru biçimde tanımlanarak hastalık kategorileri yüksek doğrulukla sınıflandırılmıştır. Araştırma, derin öğrenmenin yalnızca tıbbi görüntülerde değil, metin tabanlı klinik verilerde de güçlü bir analiz aracı olabileceğini ortaya koymuştur. YZ teknolojilerinin radyoloji alanında raporların değerlendirilmesini hızlandırabileceği, hataları azaltabileceği ve klinik karar süreçlerini destekleyebileceği vurgulamıştır (11).

YZ yöntemlerinin hastalıkların erken teşhisinde kullanılabileceğine dair bir çalışma Wang ve ark.ları tarafından gerçekleştirilmiştir. Wang ve ark. (2019), yapay zekâ destekli gerçek zamanlı otomatik tespit sistemlerinin kolonoskopi sırasında polip ve adenom saptama oranlarını artırmadaki etkisini incelemiştir. Randomize kontrollü olarak yürütülen bu çalışmada, derin öğrenme tabanlı bir görüntü analizi sistemi kullanılmıştır. Sistem, kolonoskopi esnasında elde edilen görüntüleri anlık olarak değerlendirerek olası polip bölgelerini yüksek hassasiyetle tespit etmiştir. Araştırma sonuçları, yapay zekâ destekli sistemin kullanıldığı grupta hem toplam polip saptama oranının hem de klinik açıdan önemli adenom tespit oranının anlamlı biçimde yükseldiğini göstermiştir. Bu bulgular, derin öğrenme tabanlı yapay zekâ uygulamalarının endoskopik muayenelerde tanısal doğruluğu artırabileceğini, gözden kaçabilecek lezyonların tespitine yardımcı olabileceğini ve böylece kolorektal kanserin erken tanısına önemli katkı sağlayabileceğini ortaya koymuştur (12).

Hastalıkların teşhisinde YZ kullanımı ile ilgili başka bir çalışma da Liang ve ark.ları tarafından yapılmıştır. Liang ve ark. (2019), yapay zekâ temelli bir tanı sisteminin çocuk hastalıklarının teşhisinde etkinliğini değerlendirmiştir. Çalışmada, derin öğrenme algoritmaları kullanılarak milyonlarca pediatrik hasta kaydı ve klinik veri analiz edilmiştir. Geliştirilen tanı sistemi, çeşitli çocukluk çağı hastalıklarını tanımlamada yüksek doğruluk oranlarına ulaşmış ve performansı çocuk hekimleriyle karşılaştırılabilir düzeyde bulunmuştur. Bulgular, yapay zekâ sistemlerinin tanısal süreci hızlandırabileceğini ve özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde tanı doğruluğunu artırabileceğini göstermiştir (13).

Onkoloji pratiğinde ise, Somashekhar ve ark. (2016), IBM'in (International Business Machines Corporation) geliştirdiği Watson for Oncology adlı yapay zekâ temelli karar destek sisteminin klinik performansını değerlendirmiştir. Araştırmada, Hindistan'daki Manipal Hastanesi'nin multidisipliner tümör konseyinin 1000 ardışık onkoloji vakası üzerindeki tedavi kararları Watson for Oncology'nin önerileriyle karşılaştırılmıştır. Bulgular, yapay zekâ sisteminin önerilerinin kurul kararlarıyla yüksek düzeyde uyum gösterdiğini ortaya koymuştur. Çalışma sonucunda yapay zekâ tabanlı bilişsel sistemlerin onkoloji alanında klinik karar süreçlerini destekleme potansiyeline sahip olduğu ortaya konmuştur (14).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin öneminin her geçen gün arttığı günümüz dünyasında, mobil sağlık teknolojilerinin tıp alanındaki uygulamaları da hızla gelişmiştir. Michaelides ve ark. (2016) tarafından geliştirilen ve insan koçluğu desteğiyle çalışan yenilikçi mobil diyabet önleme programının, kullanıcıların kilo kaybını desteklediği ve diyabet riskini azalttığı rapor edilmiştir. Bu program, mobil teknolojilerin kişiselleştirilmiş sağlık yönetimi ve davranış değişikliği alanında etkili bir araç olduğunu göstermektedir (15).

YZ sistemleri, tanı ve tedavi süreçlerinin çok daha verimli olmasını sağlamanın yanı sıra maliyet etkin olmasına da katkı sağlamaktadır. Escalante ve ark. (2012), akut lösemi testinde kemik iliği yapısal özelliklerini

incelemek için yüksek maliyetli geleneksel yöntemlerin yerine geçebilecek yeni bir yapay zekâ tabanlı yöntem geliştirdiklerini bildirmiştir. Araştırmada, özel bir algoritma kullanılarak farklı makine öğrenmesi modellerinin bir araya getirildiği bir sistem tasarlanmıştır. Bu yöntem kan hücresi görüntülerinden lösemi tiplerini daha doğru bir şekilde tanımlamayı amaçlamıştır. Çalışmanın sonuçları, geliştirilen sistemin akut lösemi tanısında yüksek doğruluk oranlarına ulaştığını ve geleneksel yaklaşımlarından daha iyi performans gösterdiğini ortaya koymuştur (16).

YZ'nın halk sağlığı alanındaki mevcut kullanım alanlarını inceleyen çalışmalar da mevcuttur. Alıcılar ve Çöl (2021), yaptıkları çalışmada epidemiyolojik sürveyans çalışmalarında, yapay zekâ algoritmalarının büyük miktarda veriyi kısa sürede işleyerek bulaşıcı hastalıkların yayılımını tahmin edebildiğini belirtilmiştir. Ayrıca, sağlık davranışlarının izlenmesi, risk gruplarının belirlenmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin hedefe yönelik planlanması gibi alanlarda da etkin sonuçlar sağladığı ifade edilmiştir (17).

Türkiye'de sağlık alanında YZ teknolojilerinin kullanımı da son yıllarda ivme kazanmıştır. Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak, maliyetleri azaltmak ve tanı süreçlerini hızlandırmak amacıyla çeşitli YZ temelli uygulamaları hayata geçirmiştir. COVID-19 pandemisi sürecinde geliştirilen ''Korona Önlem Uygulaması'', vatandaşların semptomlarını değerlendirerek sağlık kuruluşuna başvuru gerekliliği konusunda yönlendirme yapmıştır.

Ayrıca, bilgisayarlı tomografi görüntülerini sınıflandırarak COVID-19 tanısında hekimlere destek sunan bir yapay zekâ sistemi geliştirilmiştir. Uygulamaya konulan "Neyim Var" sistemi, vatandaşların şikâyetlerini girerek olası tanı ve doğru poliklinik yönlendirmesi almasını sağlamaktadır. Bu sayede yanlış branşa yapılan başvurular azalma gözlemlenmiştir (1).

2. Etik Düzenleme Gereksinimleri

YZ teknolojilerin hızlı yayılımı, etik, hukuki ve toplumsal açıdan dikkatle ele alınması gereken bazı sorumlulukları da beraberinde getirmektedir. YZ teknolojisindeki bu gelişmeler, veri gizliliği, güvenlik, adalet ve sorumluluk gibi etik konuların göz ardı edilmemesi gerekliliğini de ortaya koymaktadır. DSÖ, sağlıkta yapay zekâ uygulamalarının etik yönetişim çerçevesinde geliştirilmesini, şeffaflık, hesap verebilirlik, güvenilirlik ve adalet ilkelerinin sisteme tam olarak entegre edilmesini önermektedir. Özellikle algoritmaların eğitildiği veri setlerinde oluşabilecek önyargılar bazı grupların tanı veya tedavide dezavantajlı konuma düşmesine yol açabileceğinden, bu durum sağlıkta eşitlik ilkesini tehdit edebilmektedir (6,13,16). Bu nedenle YZ sistemlerinin sürekli izlenmesi, adil veri temsili sağlanması ve algoritmik hataların minimize edilmesi etik açıdan önemlidir. Bununla birlikte YZ destekli karar süreçlerinde hatalı sonuçların ortaya çıkması durumunda sorumluluğun hekim, yazılım geliştirici veya kurum arasında nasıl paylaşılacağı da etik bir çerçeve gerektirmektedir (9). Bu bağlamda YZ'nın hekim kararlarını tamamen devralmaması, aksine hekim için destekleyici bir araç olarak konumlandırılması gerekmektedir (17). Hastaların bilgilendirilmiş onam hakkı kapsamında YZ temelli uygulamalar hakkında açık biçimde bilgilendirilmesi ve bu sistemlere katılım kararını özgürce verebilmesi de etik bir zorunluluktur (6,15).

Sınırlılıklar

Bu çalışmada makale seçiminde dâhil etme ve dışlama kriterlerinin belirlenmemiş olması, literatür taramasında bazı ilgili çalışmaların gözden kaçmasına ve bulguların genellenebilirliğinin sınırlı kalmasına neden olabilecek bir kısıt olarak değerlendirilmektedir.

Sonuç ve Öneriler

YZ teknolojileri sağlık hizmetlerinde tanı, tedavi, yönetim ve halk sağlığı alanlarında önemli katkılar sunmakta, tanısal doğruluğu artırmakta ve klinik karar süreçlerini destekleyerek sağlık sistemlerinin etkinliğini artırmaktadır. Ancak bu teknolojilerin yaygınlaşması veri gizliliği, adalet, şeffaflık ve hesap verebilirlik gibi etik, hukuki ve toplumsal sorumlulukların da ele alınmasını zorunlu kılmaktadır. Bu bağlamda sağlıkta YZ uygulamalarının geliştirilmesi ve kullanımı sürecinde DSÖ gibi uluslararası kuruluşların önerdiği etik ilkelerin

temel alınması, adalet ve hesap verebilirliğin sağlanması önem taşımaktadır. Algoritmaların eğitildiği veri setlerinde önyargıların minimize edilmesi için veri kalitesinin yükseltilmesi ve çeşitlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca sağlık profesyonellerinin YZ teknolojilerini etkin ve güvenli kullanabilmeleri için kapsamlı eğitim programları geliştirilmelidir. Hastaların bilgilendirilmiş onam süreçleri güçlendirilmelidir. Bunun yanı sıra YZ sistemlerinin güvenliği, veri gizliliği ve performansının sürekli izlenebilmesi amacıyla uygun teknolojik altyapı ve yasal düzenlemelerin hayata geçirilmesi zorunludur. Son olarak hükümetler, sağlık kurumları, teknoloji geliştiricileri ve toplumun farklı kesimleri arasında çok paydaşlı iş birliği mekanizmaları kurularak YZ'nın sağlık alanında sürdürülebilir ve etik kullanımı sağlanmalıdır.

Kaynaklar

1. *Yorgancıoğlu Tarcan G, Yalçın Balçık P, Sebik N. B. Türkiye ve dünyada sağlık hizmetlerinde yapay zekâ. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi, 2024;14(1), 50-60.*
2. *Çilhoroz Y, Işık O. Yapay Zekâ: Sağlık Hizmetlerinden Uygulamalar. Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. (2021);23/2, 573-588. E- ISSN 2667-405X*
3. *Ramesh AN, Kambhampati C, Monson JR, Drew PJ. Artificial intelligence in medicine. Ann R Coll Surg Engl. 2004;86(5):334-8.*
4. *Kumar R, Vijay Kumar A. Artificial intelligence applications in healthcare: Trends, challenges and future directions. International Journal of Electronic Healthcare, 2024;13(2), 101–118.*
5. *Zhang Y, Xu Y, Wang Z. Ethics and governance of trustworthy medical artificial intelligence. BMC Medical Informatics and Decision Making, 2023;23(1), 103*
6. *World Health Organization (WHO). (2021). Ethics and governance of artificial intelligence for health. WHO IRIS Digital Publications Repository.*
7. *Çetin B. Sağlık Hizmetleri ve Yapay Zekâ. Uluslararası Ekonomi Ve Siyaset Bilimleri Akademik Araştırmalar Dergisi, 2023;7(17), 53-67.*
8. *Tajik A J. Machine learning for echocardiographic ımaging: Embarking on another incredible journey. Journal of the American College of Cardiology,2016; 68(21), s.22962298*
9. *Senders J T, Arnaout O, Karhade A.V. et al. Natural and artificial intelligence in neurosurgery: A systemic review. Neurosurgery, 2017;0, 1–12.*
10. *Krittanawong C, Zhang H, Wang Z. et al. Artificial intelligence in precision cardiovascular medicine. Journal of the American College of Cardiology,2017; 69(21), 2657-2664.*
11. *Chen M C, Ball R L, Yang L. et all. Deep learning to classify radiology free-text reports. Radiology, 2017;286(3), 845-852*
12. *Wang P, Berzin T, Brown J. et al. Real-time Automatic Detection System Increases Colonoscopic Polyp and Adenoma Detection Rates: A Prospective Randomised Controlled Study. BMJJ. 2019;68, 1813–1819.*
13. *Liang H, Tsui B, Ni H. et al. Evaluation and Accurate Diagnoses of Pediatric Diseases Using Artificial Intelligence. Nat. Med. 2019;25, 433–438*
14. *Somashekhar S, Kumar R, Kumar A. et al. Validation Study to Assess Pperformance of IBM Cognitive Computing System Watson for Oncology with Manipal Multidisciplinary Tumour Board for 1000 Consecutive Cases: An Indian Experience. Ann. Oncol. 2016;27, 1–2.*
15 *Michaelides A, Raby C, Wood. et al. Weight Loss Efficacy of a Novel Mobile Diabetes Prevention Program Delivery Platform with Human Ccoaching. BMJ Open Diabetes Res. Care 2016;4, 1–5*
16. *Escalante H J, Montes-y-Gómez M, González J A. et al. Acute leukemia classification by ensemble particle swarm model selection. Artificial intelligence in medicine, 2012;55(3), 163–175.*
17. *Alıcılar H E, Çöl M. Halk sağlığında yapay zekânın kullanımı. Uludağ Tıp Dergisi, 202;47(1), 151–158.*

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S112]
TEKNOLOJİNİN KULLANIMI SAĞLIK ALANINDAKİ AKADEMİK ÇALIŞMALARA NASIL YÖN VERDİ: DİJİTAL SAĞLIK, MOBİL SAĞLIK, E-SAĞLIK, TELETIP VE YAPAY ZEKÂ KONULU TEZLERİN BİBLİYOMETRİK ANALİZİ

***Muhammet Ali Bölükbaş*, İnci Arıkan, Ece Arık, Buse Turan**
Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Dijital sağlık, sağlık hizmetleri sunmak için teknolojinin kullanımını, bireylerin klinik verilerini toplayan, kullanan ve sağlık sonuçlarını yöneten dijital platformlar ve çözümler olarak tanımlanmaktadır. Mobil sağlık, sağlık bilgi teknolojisi, giyilebilir cihazlar, çevrimiçi sağlık, dijital ekipman, e-sağlık ve teletıp, kişiselleştirilmiş tıp ve yapay zekâ araçları gibi kategorileri içermektedir. Bu çalışmanın amacı, dijital sağlık ve alt kategorileri olan mobil sağlık, e-sağlık, teletıp ve yapay zekâ konularında ülkemizde yapılan tezlerin bibliyometrik olarak değerlendirilmesidir.

Gereç-Yöntem

Tanımlayıcı nitelikte bibliyometrik olan bu çalışmanın verileri Ağustos-Eylül 2025 tarihlerinde toplanıldı. Herhangi bir zaman sınırlaması olmadan Yükseköğretim Kurumu Başkanlığı (YÖK) Ulusal Tez Merkezi veri tabanında "dijital sağlık", "mobil sağlık", "e-sağlık", "teletıp" ve "yapay zekâ" anahtar kelimeleri ile tüm tezler tarandı. Sağlık alanıyla ilgili olmayan tezler çalışmaya dahil edilmedi. Toplam 1859 tezden "Dijital sağlık" anahtar kelimesi ile taranan 26 tezin 3'ü, "e-sağlık" anahtar kelimesi ile taranan 106 tezin 7'si, "mobil sağlık" anahtar kelimesi ile taranan 56 tezin 5'i, "teletıp" anahtar kelimesi ile taranan 50 tezin 3'ü "yapay zekâ" anahtar kelimesi ile taranan 1621 tezin 1277'si sağlık alanı ile ilgili olmadığı gerekçesi ile çalışmaya dahil edilmedi. İncelenen 1859 tezden 564'ü değerlendirmeye dahil edildi. Tezlerin yayımlandığı yıllar, tezlerin yapıldığı üniversiteler ve türleri, bulunduğu iller, ana bilim dalları, tezlerin türleri ve sayfa sayıları incelendi. Etik kurul onayı gerektirmeyen veriler Microsoft Excel programı kullanılarak değerlendirildi, sayı ve yüzde verildi.

Bulgular

Anahtar kelimelere göre "dijital sağlık" konulu 23, "e-sağlık" konulu 99, "mobil sağlık" konulu 51, "teletıp" konulu 47 ve "yapay zekâ" konulu 344 teze ulaşıldı. Dijital sağlık, e-sağlık, mobil sağlık, teletıp anahtar kelimeleri ile aratılan tezlerin 52'sinin (%23,6) Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı, 29'unun (%13,3) Hemşirelik Ana Bilim Dalı tarafından yapıldığı saptandı. Yapay zekâ anahtar kelimesi ile aratılan tezlerin 43'ü (%12,5) Bilgisayar Mühendisliği, 27'si (%7,8) Elektrik-Elektronik Mühendisliği, 22'si (%6,4) Radyoloji, 17'si (%4,9) Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Ana Bilim Dalı tarafından yapıldığı bulundu. Tezlerin türleri incelendiğinde 294'ü (%52,1) yüksek lisans, 108'i (%19,1) doktora tezi, 35'i (%6,2) diş hekimliği ve 127'si (%22,5) tıpta uzmanlık tezi olarak belirlendi. Doktora tezlerinin sayfa sayısı ortalaması 149,4 iken tıpta uzmanlık tezlerinin 88,8 olarak hesaplandı. Tezlerin %81,9'u devlet, %18,1'i vakıf üniversitesi bünyesinde yayımlanmıştı. İlk tezin 1991'de yapılmış olduğu ve sonraki yayımlanmış olan tezlerin 2001'den sonra devam ettiği görüldü. 2015 yılından sonra konuyla ilgili tez sayısında artış olduğu ve bunların %42,7'sinin (n:241) son 2 yıl içinde yapıldığı saptandı. Tezlerin %37,4'ünün (n:211) Marmara, %26,4'ünün (n:149) İç Anadolu, %13,5'inin (n:76) Ege Bölgesi'ndeki üniversitelerde yapıldığı görüldü. Konulara göre tezlerin dağılımı incelendiğinde, %20,2'sinin (n:114) Bilgisayar Mühendisliği Bilimleri-Bilgisayar ve Kontrol, %7,6'sının (n:43) Diş Hekimliği, %6,9'unun (n:39) Hemşirelik, %5,5'inin (n:31) Aile Hekimliği, %5,3'ünün (n:30) Sağlık Yönetimi, %5,1'inin (n:29) Halk Sağlığı konularında yayımlandığı görüldü.

Sonuç ve Öneriler

Mobil sağlık, e-sağlık, dijital sağlık ve teletıp kavramlarının 2001 yılında hayatımıza girmesiyle birlikte akademik çalışmalarda da yer almaya başlaması özellikle son iki yılda artması olumlu bir gelişmedir. Sağlıkla ilgili yapay zekâ konulu tezlerin sayısının daha fazla ve özellikle bilgisayar-biyomedikal-elektronik mühendisliği alanlarında yapılmış olması günümüzde dijital teknolojilerin daha iyi ve erişilebilir sağlık hizmetleri için teşvik edilmesini ve insan sağlığına katkı sunan ortak disiplinler ile iş birliği yapılmasının gerekliliğini göstermektedir. Ayrıca radyoloji ve diş hekimliği alanında görüntüleme araçlarının yapay zekâ ile bir arada kullanımının daha çok olması yapılan tez konularına yansımış olabilir. Bunun yanında sağlık yönetimi-işletme alanında çok sayıda tez çalışmasının bulunması özellikle hastalık yönetimi ve kurum işleyişleri için dijital sağlık uygulamalarının önemli bir alan olduğunu gösterebilir. Hemşirelik ve aile hekimliği bölümünde ise daha çok e-sağlık konulu çalışmaların yapıldığı ve hepsinin hasta sağlık okuryazarlığına odaklandığı görülmektedir. Erişime açık olmayan tezlerin incelenememesi çalışmanın kısıtlılığını oluşturmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Dijital sağlık, yapay zekâ, mobil sağlık, teletıp

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S113]
TÜRKİYE'DE YILLARA GÖRE ANNE VE ÇOCUK MORTALİTESİ: BÖLGELER ARASI SAĞLIK EŞİTSİZLİĞİ ANALİZİ

Agah Ercömert
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Alt gruplar arasındaki sağlık eşitsizliklerini ölçmek ve izlemek, sağlıkta hakkaniyetin değerlendirilebileceği bir başlangıç noktasıdır. Sağlık eşitsizlikleri genellikle ülkeler arasında değerlendirilmekte ve bir göstergenin ülke ortalaması değerleri karşılaştırılarak ölçülmektedir. Ancak ülke ortalamaları, popülasyonlar arasında ve popülasyon içindeki önemli farklılıkları gizleyebilir. Anne ve çocuk mortalite göstergeleri de Türkiye (TR)'de bölgesel farklılıklar göstermektedir. Bu nedenle, bu çalışma, TR'deki seçili anne ve çocuk mortalite göstergelerindeki bölgeler arası sağlık eşitsizliklerini ve bu eşitsizliklerdeki yıllar içindeki değişimleri incelemeyi amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem

Çalışma tanımlayıcı niteliktedir. Çalışma verileri, 1-15 Ağustos 2025 tarihleri arasında TÜİK ve OECD tarafından çevrimiçi olarak yayımlanan kamuya açık veri setlerinden (TR'deki tüm nüfusu kapsayan) toplanmıştır. Çalışmanın değişkenleri Anne Ölüm Oranı (AÖO), Perinatal Ölüm Hızı (PÖH), Bebek Ölüm Hızı (BÖH) ve Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (5YAÖH)'dır. Analiz için toplanan veriler İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması (İBBS) Düzey 1 bölgelerine göre 12 bölgeye ayrıştırılmış ve WHO Health Equity Assessment Toolkit Plus yazılımına yüklenmiştir. Zaman içindeki bölgeler arası eşitsizliği değerlendirmek için iki özet ölçüt belirlenmiştir: Ortalamadan Ortalama Fark (OOF) ve Eşitsizlik Endeksi (EE). OOF, her bir alt ulusal bölge ile ülke ortalaması arasındaki ortalama farkı gösteren mutlak bir eşitsizlik ölçütüdür. EE, OOF'nin göreceli versiyonudur ve bu farkı göreceli bir ölçekte gösterir. Bu ölçütler hesaplanırken veriler bölgelerdeki canlı doğum ve toplam doğum sayılarına göre ağırlıklandırılmıştır. Her iki ölçüt de yalnızca pozitif değerler alır ve daha büyük değerler daha yüksek eşitsizlik düzeylerini gösterir (0=Eşitsizlik yok). Özet ölçütler hesaplandıktan sonra, elde edilen veriler, yıllar içinde bölgeler arası eşitsizlik trendlerindeki kırılım noktalarını (joinpoint-JP) ve yıllık yüzdesel değişimleri (YYD) belirlemek için Joinpoint Regresyon Analizi (JRA) yöntemi kullanılarak analiz edilmiştir. Kamuya açık veriler kullanıldığı için etik kurul izni alınmamıştır.

Bulgular

2009'da TR'de 100.000 canlı doğumda en düşük ve en yüksek AÖO'lar sırasıyla 9,6 (TR5- Batı Anadolu) ve 37,3 (TRB- Ortadoğu Anadolu) iken 2023'te sırasıyla 8,2 (TR5- Batı Anadolu) ve 19 (TR6- Akdeniz) idi. 2009 ve 2023 yıllarında, OOF sırasıyla 6,1 ve 2,8; EE ise 33 ve 21 olarak hesaplanmıştır. JRA sonucunda, 2009-2023 arası hem AÖO-OOF (YYD=-3,49, p=0,025) hem de AÖO-EE (YYD=-1,32, p=0,406) için 0 JP'li modeller anlamlı bulunmuştur. 2009–2023 döneminde AÖO'da bölgesel eşitsizliklerin azaldığı saptanmıştır. 2012'de 1.000 doğumda en düşük ve en yüksek PÖH'ler sırasıyla 6,7 (TR1- İstanbul) ve 11,3 (TRC- Güneydoğu Anadolu) iken 2023'te sırasıyla 9,4 (TR4- Doğu Marmara) ve 13,2 (TRB- Ortadoğu Anadolu) idi. 2012 ve 2023 yıllarında OOF sırasıyla 1,6 ve 1,0; EE ise 19 ve 9 olarak hesaplanmıştır. JRA sonucunda, 2012-2023 arasında hem PÖH-OOF (YYD=-3,37, p=0,017) hem de PÖH-EE (YYD=-6,26, p<0,001) için 0 JP olan modeller anlamlı bulunmuştur. 2012-2023 döneminde PÖH'de bölgesel eşitsizliklerin azaldığı saptanmıştır. 2009'da 1.000 canlı doğumda en düşük ve en yüksek BÖH'ler sırasıyla 11,4 (TR1- İstanbul) ve 17,5 (TRC- Güneydoğu Anadolu) iken 2024'te sırasıyla 6 (TR9- Doğu Karadeniz) ve 13,6 (TRC- Güneydoğu Anadolu) idi. 2009 ve 2024 yıllarında OOF sırasıyla 1,7 ve 2,3; EE ise 12 ve 25 olarak hesaplanmıştır. JRA sonucunda BÖH-OOF için 3 JP'li model (YYD 2009-2014=9,31 p=0,002; YYD 2014-2018=-8,06 p=0,006; YYD 2018-2024=5,72 p=0,005; Ortalama YYD (OYYD) 2009-2024=3,0 p<0,001) anlamlı bulunurken; BÖH-EE için tek JP'li model (YYD 2009-2013=14,46 p<0,001;

YYD 2013-2024=1,35 p=0,323; OYYD 2009-2024=4,69 p<0,001) anlamlı bulunmuştur. 2009'da 1.000 canlı doğumda en düşük ve en yüksek 5YAÖH'ler sırasıyla 13,7 (TR1- İstanbul) ve 24,7 (TRB- Ortadoğu Anadolu) iken 2023'te sırasıyla 8,3 (TR4- Doğu Marmara) ve 27,4 (TR6- Akdeniz) idi. 2009 ve 2023 yıllarında OOF sırasıyla 3,2 ve 6,3; EE ise 18 ve 43 olarak hesaplanmıştır. JRA sonucunda 2009-2023 arasında hem 5YAÖH-OOF (YYD 2009-2021=-3,32 p=0,034; YYD 2021-2023=50,16 p=0,014; OYYD 2009-2023=2,96 p=0,191) hem de 5YAÖH (YYD 2009-2021=0,41 p=0,931; YYD 2021-2023=28,4 p=0,006; OYYD 2009-2023=4,0 p=0,004) için tek JP'li modeller anlamlı bulunmuştur. BÖH ve 5YAÖH'de bölgeler arası eşitsizlik eğilimi yıllar içinde artış göstermiştir.

Sonuç ve Öneriler

Bu sonuçlar, yıllar içindeki dalgalanmalara rağmen, maternal mortalite göstergelerinin bölgeler arası eşitsizliklerinin zaman içinde azaldığını göstermektedir. Buna karşın çocuk mortalitesinde bölgeler arası eşitsizliklerde yıllar içinde dalgalanmalar olduğu, bazı ölçütlerde ise zaman içinde eşitsizliğin arttığı görülmüştür. Çalışmanın güçlü yanı TR'deki 12 bölge arasındaki anne ve çocuk mortalite göstergelerindeki eşitsizliklerin karşılaştırılmasını ve bu eşitsizliklerin yıllar içindeki değişimlerini gözler önüne sermesi sayılabilirken; sınırlılıkları arasında analizini yaptığımız verilerde İBBS2 veya il düzeyi verileri bulunmadığından daha ayrıntılı ölçekte analizler yapılamaması ve PÖH verileri için 2012 öncesi verilere ulaşılamaması sayılabilir. Anne ölümlerinde sağlanan iyileşmenin çocuk ölümleri için de sağlanabilmesi ve bölgeler arası eşitsizliklerin ortadan kaldırılması için, eşitsizliklerin nedenleri nitel ve nicel ileri çalışmalarla incelenmeli ve eşitsizlikleri gidermek için gerekli politikalar belirlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık eşitsizliği, sağlıkta hakkaniyet, bölgeler arası eşitsizlikler, anne ve çocuk sağlığı

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S114]
TÜRKİYE'DE SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ VE ÇOCUK MORTALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BÖLGESEL ANALİZİ

***Agah Ercömert*, Ayşe Akın**
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Sağlığın Sosyal Belirleyicileri (SSB) insanların doğdukları, büyüdükleri, yaşadıkları, çalıştıkları ve yaşlandıkları koşullar ile insanların güce, paraya ve kaynaklara erişimleri olarak tanımlanır. SSB, sağlık durumu, sağlık sonuçları veya sağlık kaynaklarının dağılımındaki haksız, adaletsiz, önlenebilir veya giderilebilir sistematik farklılıklar olan sağlıkta hakkaniyetsizlik üzerinde güçlü bir etkiye sahiptir. Bu bağlamda hem sosyal dışlanma, yoksulluk ve işsizlik gibi SSB göstergeleri hem de çocuk sağlığı göstergeleri Türkiye'de bölgeler arasında farklılıklar göstermektedir. Bu sebeple bu çalışmada, bölgesel düzeyde, seçili SSB göstergeleri ile çocuk mortalitesi göstergeleri arasında ilişki olduğu hipotezinden yola çıkarak 2023 yılında Türkiye'de, bölgelere göre, seçilmiş SSB göstergeleri ile bazı çocuk sağlığı göstergeleri arasındaki ilişkinin analiz edilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Çalışma korelasyonel tipte bir tanımlayıcı araştırmadır. Çalışma verileri 15-30 Şubat 2025 tarihleri arasında halka açık TÜİK verilerinden toplanmıştır. Çalışmanın bağımlı değişkenleri Bebek Ölüm Hızı (BÖH) (1.000 canlı doğumda), Neonatal Ölüm Hızı (NÖH) (1.000 canlı doğumda), Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (5YAÖH) (1.000 canlı doğumda) ve Çocuk İntihar Hızı (ÇİH) (100.000 kişide) iken bağımsız değişkenleri Yoksulluk veya Sosyal Dışlanma Riski Altında olan Fertlerin Oranı (YSDRO) (bölge bazında), Yoksulluk Oranı (YO) (Satınalma Gücü Paritesi kullanılarak Türkiye için hesaplanan gelire dayalı göreli yoksulluk sınırına göre (medyan gelirin %50'sine göre)) ve İşsizlik Oranı (İO) (15 yaş ve üzeri kişilerde)'dır. Analiz için veriler İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması-2 (İBBS2) bölgelerine göre ayrıştırılmıştır. TR63 ve TRC1 bölgeleri deprem sebebiyle dahil edilmemiştir. Verilerin analizinde SPSS v. 25.0 kullanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov analizi ve çarpıklık, basıklık değerleri ile belirlenmiş olup örneklerin analizinde Pearson ve Spearman korelasyon testleri ile basit doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. Tüm analizlerde p değeri <0,05 anlamlı kabul edilmiştir. Kamuya açık veriler kullanıldığı için etik kurul izni alınmamıştır.

Bulgular

Bağımlı değişkenlere bakıldığında 2023'te Türkiye'de bölgeler arasında en düşük ve en yüksek YSDRO sırasıyla %14,5 (TR42) ve %72,3 (TRC2)'tür. YO ise aynı yıl en düşük ve en yüksek sırasıyla %0,8 (TR21) ve %13,8 (TRC2)'dir. İO'ya bakıldığında ise 2023'te en düşük ve en yüksek sırasıyla %4,9 (TR81) ve %17,2 (TRB2)'dir. Bağımsız değişkenlerde ise 2023 verilerine bakıldığında bölgeler arasında en düşük ve en yüksek değerler BÖH'te sırasıyla 6,1 (TR22) ve 15,5 (TRC2), NÖH'te sırasıyla 3,5 (TR22) ve 9 (TRC2), 5YAÖH'te sırasıyla 7,9 (TR41) ve 18,9 (TRC2), ÇİH'te ise sırasıyla 0,2 (TR61) ve 10,3 (TRC3)'tür. İBBS2 bölgeleri düzeyinde YSDRO ile BÖH, NÖH ve 5YAÖH arasında pozitif yönde güçlü korelasyonlar (sırasıyla r=0,831 p<0,001; r=0,748 p<0,001; r=0,808 p<0,001), saptanmıştır. Basit doğrusal regresyon modellerine göre YSDRO'daki her %1'lik artış BÖH'te 0,12 (%95 GA: 0,08-0,15), NÖH'te 0,06 (%95 GA: 0,04-0,07) ve 5YAÖH'te 0,14 (%95 GA: 0,10-,019) artışla ilişkilendirilmiştir. YO ile BÖH (ρ=0,507 p=0,006), NÖH (ρ=0,478 p=0,009), 5YAÖH (ρ=0,509 p=0,006) ve ÇİH (ρ=0,587 p=0,001) arasında pozitif yönde orta derecede korelasyonlar saptanmıştır. İO ile BÖH (ρ=0,559 p=0,002), NÖH (ρ=0,585 p=0,001), 5YAÖH (ρ=0,529 p=0,004) ve ÇİH (ρ=0,495 p=0,007) arasında da benzer şekilde pozitif yönde orta derecede korelasyonlar saptanmıştır.

Sonuç ve Öneriler

Türkiye'de bölgesel düzeyde 2023 yılında bazı SSB göstergeleri ile çocuk mortalitesi göstergeleri arasında orta ila yüksek derecede pozitif korelasyonlar saptanmıştır. Bu sonuçlar ışığında SSB göstergeleri ile çocuk mortalitesi arasında ilişki olabileceği düşünülmektedir ancak araştırmanın korelasyonel tasarımından ötürü kesin bir neden sonuç ilişkisi kurulamamaktadır ve sonuçlar yorumlanırken buna dikkat edilmelidir. Türkiye'de sosyal dışlanma, yoksulluk ve işsizlik gibi SSB'yi ele almak, bunlarla ilişkili olan bölgesel sağlık eşitsizliklerini azaltmak ve sağlık durumunu iyileştirmek için gereklidir. Bu doğrultuda Türkiye'de SSB'deki bölgesel eşitsizliklerin nedenleri ve bunun sonucunda ortaya çıkan sağlık göstergelerindeki eşitsizlikler ayrıntılı bir şekilde analiz edilmeli ve bu eşitsizlikleri azaltarak sağlıkta hakkaniyeti sağlamak için gerekli önlemler alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sağlığın sosyal belirleyicileri, sağlıkta eşitsizlik, çocuk mortalitesi, bölgeler arası eşitsizlikler

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S115]
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNİN ENGELLİ BİREYLERE YÖNELİK TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Onur Baydar, Aliye Mandıracıoğlu, Didem Aytimur
Ege Üniversitesii Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Engellilere gelecekte sağlık hizmeti sunacak sağlık alanında eğitim gören kişilerin engellilere tutumlarının değerlendirilmesi önemlidir.Amaç,sağlık hizmet meslek yüksekokulu öğrencilerinin engellilere yönelik tutumlarını değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem

Bu kesitsel araştırmaya,2024-2025 bahar döneminde Ege Üniversitesi Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda 'Engelli Bakım ve Rehabilitasyon'(n:106), 'Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik' (n:47), 'İlk ve Acil Yardım'(n: 69),'Eczane Hizmetleri'(n: 54) 2. sınıf öğrencilerinin tümü(n:276) dahil edilmiştir. Amaçlı örnekleme yöntemi ile,gönüllü ve anketi eksiksiz dolduran 222 öğrenci(%80,43) katılmıştır.Anket formu(bölüm, cinsiyet, gelir düzeyi, ailede sağlık çalışanı varlığı,engelli birey tanımı,çevresinde engelli birey varlığı,gönüllülük deneyimi ve medya temasına yönelik 11 soru) ve Özürlülere Yönelik Tutumlar Ölçeği (ÖYTÖ)'ni kapsamaktadır.Ölçek,Başbakanlık Özürlüler İdaresi tarafından(2008) geliştirilmiştir.Cronbach-α katsayısı 0.88'dir.Beşli likert, 43 soru ve 6 faktörden oluşmakta,toplam puan 43-215 arasındadır.Yüksek puan olumlu tutumu göstermektedir.SPSS 25.0 ile,bağımlı değişken ÖYTÖ ölçek puanı ile yukarıda belirtilen bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi için Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis uygulanmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ kabul edilmiştir.Ege Üniversitesi Etik Kurulundan 08.05.2025'te 25-5T/56 karar numarası ile izin alınmıştır.

Bulgular

Öğrencilerin %17,6'sı Eczane Hizmetleri,%41,0'i Engelli Bakım ve Rehabilitasyon,%27,0'si İlk ve Acil Yardım,%14,4'ü Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik bölümlerinden,%76,1'i kadın, %70,7'sinin gelir durumu algısı ortadır.Katılımcıların %23,0'ü ailesinde sağlık çalışanı,%36,0'sı ailesinde/çevresinde engelli birey olduğunu,%12,6'sı engelli bireyle aynı evde yaşadığını,%38,3'ü engellilere yönelik gönüllü faaliyet deneyimi olduğunu belirtmiştir.Öğrenciler,işitemeyen(%95,9), yürüyemeyen(%95,9),göremeyen (%95,5),el/ayak kaybı olan(%92,8) ve konuşamayan(%72,5)kişileri engelli kabul etmiştir.ÖYTÖ toplam puan ortalaması 178,51 ± 20,12 (118-215),alt ölçek ortalama puanları sırasıyla:eğitim ortamı 13,69 ± 1,74 (4-15), kişilerarası ilişkiler 39,08 ± 5,38 (9-45),çalışma yaşamı 37,57 ± 5,06 (21-45),aile yaşamı 10,37 ± 2,54 (4-15),kişisel özellikler 29,03 ± 4,18 (9-35),yetkinlik–bağımsız yaşam 48,75 ± 7,13 (12-60) bulunmuştur. Bölüm,cinsiyet,aile/yakın çevresinde engelli birey olması,engelli tanıdığının kim olduğu değişkenlerine göre ÖYTÖ toplam ölçek ve alt ölçek puanları arasında ilişki yoktur. Ailesinde sağlık çalışanı olanların(p=0,024) ve engelli birey ile aynı evde yaşayanların(p=0,039) ÖYTÖ toplam puanı daha yüksektir.Son bir ayda engellilikle ilgili içerikle karşılaşanların 'eğitim ortamı' alt boyut puanı daha yüksektir(p=0,039).Engelli birey ile aynı evde yaşayanların 'kişilerarası ilişkiler' alt boyut puanı daha yüksektir(p=0,042).Gelir durumu iyi(p=0,030),ailesinde sağlık çalışanı olan (p=0,011),engelli bireylerle gönüllü faaliyet veya çalışma deneyimi olan(p =0,011) ve son bir ayda engellilikle ilgili içerikle karşılaşanların(p=0,014) 'çalışma yaşamı' alt boyut puanları daha yüksektir. Ailesinde sağlık çalışanı bulunanların 'aile yaşamı' alt boyut puanı daha yüksektir(p=0,019). Son bir ayda engellilikle ilgili içerikle karşılaşanların(p=0,031) 'kişisel özellikler' alt boyut puanları daha yüksektir.Ailesinde sağlık çalışanı olan(p=0,044)ve engelli birey ile aynı evde yaşayanların(p=0,022) 'yetkinlik–bağımsız yaşam'alt boyut puanları daha yüksektir.Çalışma sınırlılıkları,kesitsel olması,tek okulda yürütülmesidir.

Sonuç ve Öneriler

Öğrencilerin ÖYTÖ toplam puanlarının yüksek ve engelli bireylere olumlu tutumları olduğu saptanmıştır.Elde edilen sonuçlar, sağlık alanında eğitim gören öğrencilerin engellilikle ilgili bilgi ve farkındalık düzeylerinin geliştirilmesine yönelik program ve uygulamaların,engellilere yönelik tutumların güçlendirilmesinde önemli olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Engelli birey, sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu, tutum, öğrenci

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S116]
"AFRİKALI OLDUĞUM İÇİN" CİNSEL SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİMDE GÖRÜNMEYEN SINIRLAR: NİTELİKSEL ÇALIŞMA

Rumensha Iddris[1], Nuray Özgülnar[2]
[1]İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Programı
[2]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Küresel olarak, kadınların göç hızının erkeklerin göç hızına neredeyse eşit olduğu tahmin edilmekte olsa da göç nedeniyle karşılaştıkları zorluklar kadınları daha olumsuz bir şekilde etkilemektedir. Araştırmalar, Sahra Altı Afrika ülkelerinden Türkiye'ye gelen göçmen sayısının özellikle 1990'ların sonlarından itibaren hızla arttığını göstermektedir. Bu göçmen kadınlar giderek Türk toplumunun bir parçası haline gelse de cinsel sağlık ve üreme sağlığı (CSÜS) ile ilgili hizmetlere erişimi, erişirken karşılaştıkları zorlukları ve fırsatları anlamayı kapsayan çok az çalışma vardır. Bu araştırma, Türkiye sağlık sisteminde CSÜS hizmetlerine erişim bağlamında Sahra Altı Afrikalı Göçmen Kadınların (SAAGK) algılarını, gereksinimlerini, karşılaştıkları engelleri ve zorlukları incelemiştir.

Gereç-Yöntem

Kesişimsellik ve eleştirel göç çalışmaları kuramsal çerçeveleri temel alınarak, fenomenolojik nitel araştırma deseni benimsenmiştir. Veriler, etik kurul izni (İTF Klinik araştırmalar Etik Kurulu, 21.05.2021/204259) alındıktan sonra İstanbul'da özellikle Avcılar, Esenyurt, Aksaray ve Beyoğlu gibi bölgelerde ikamet eden Sahra altı Afrika'dan gelen gönüllü göçmen kadınlarla gerçekleştirilmiştir. Haziran 2021 ile Mayıs 2022 tarihleri arasında 30 Afrikalı göçmen kadınla derinlemesine görüşme yapılmıştır. Kadınlara amaçlı örnekleme ile kartopu tekniği ile ulaşılmıştır. Bu çalışmada örneklem büyüklüğü önceden kesin olarak saptanmamış, yapılan derinlemesine görüşmelerin hem sistematik benzerlik hem de analiz edilebilecek düzeyde farklılık ve çeşitlilik gösterdiği doygunluk noktasında veri toplama süreci tamamlanmıştır. Veri analizi sürecinde, transkript edilen veriler manuel olarak iki ayrı araştırmacı tarafından (NÖ, RI) birbirinde bağımsız olarak kodlanmıştır. Araştırma ekibi tarafından daha sonra birbirine benzediği ve ilişkisi olduğu tespit edilen kodlar belirli kavramlar ve temalar çerçevesinde bir araya getirilerek yorumlanmıştır. Görüşülenlerin ifadeleri dokusal ve yapısal betimlemelerde kullanılmıştır. Güven duyulabilirlik kriterlerini yerine getirmek ve iç kontrol- denetim sağlamak amacıyla amacıyla araştırmanın her aşamasında iki araştırmacı sorumluluk üstlenmiştir. Ayrıca yapılan görüşmeler sonrası elde edilen transkriptler 3 kişiye gönderilerek onayları alınmıştır. Tematik analiz aşaması tamamladıktan sonra çalışma raporlanmıştır.

Bulgular

Sahra Altı Afrika'daki 14 farklı ülkeden, çeşitli etnik kökenlere sahip 30 kadın ile görüşülmüştür. Kadınların çoğu Gana'dan (8 kadın) olup, bunu Nijerya ve Kamerun (her biri 4 kadın) izlemiştir. Diğer katılımcılar ise Burkina Faso, Cibuti, Sudan, Benin, Etiyopya, Gine, Kongo, Somali, Senegal, Sierra Leone ve Tanzanya'dan kadınlardır. Yaşları 22 ile 49 arasında değişmekte olup; eğitim düzeyleri ortaokul, lise, 3 yıllık diploma programı, lisans, yüksek lisans ve doktora seviyeleri arasında farklılık göstermektedir. Kadınlar, belirli doğum kontrol yöntemlerine ve aile planlaması hizmetlerine ulaşabildiklerini ifade etmişlerdir. Bazıları sağlık ocaklarında veya eczanelerde hormonal enjeksiyon yaptırdıklarını belirtmiştir. Bazıları eczanelerden acil kontraseptif temin edebilmiş, bazıları ise prezervatifleri süpermarketlerden satın almıştır. CSÜS hizmetlerine erişimde çok sayıda engel bulunduğunu belirtmektedirler. "Evet, istiyorum… Türkiye'de bebek sahibi olmak çok zor. Şu anda bebek istemiyorum. Kullanmak istiyorum ama… Türkiye'de siyah bir kadın için hastane çok zor. Evet, hastaneye gidiyorsun, doktora görünmek istiyorsun, ama çok karmaşık. Gittiğin her yerde sana soruyorlar: 'Ne konuşuyorsun?' 'İngilizce' diyorsun. 'Tamam ama seni anlamıyorum' diyorlar. Doktora gidiyorsun,

yaşadığın zorluğu, problemini anlatmak istiyorsun ama… doktorla iletişim çok zor. Siyah insanlar için hastane her zaman zor." (Fatiya, 31 yaşında, Kamerun). Türkiye'deki sağlık harcamalarını kendi ülkelerindekiyle karşılaştırdıklarında özellikle doğum ve annelikle ilgili hizmetlerin yüksek ücretler yerine indirimli olması gerektiğini vurgulamıştır. "Eğer Afrika bunu yapabiliyorsa, neden burada mümkün değil? Neden böyle bir hizmet Türkiye'de işlemiyor? En azından, şey… mesela ilk iki çocuğun için, belki ücretsiz olabilir ya da hastaneye gittiğinde bir indirim uygulanabilir. Diyelim ki 10.000 ya da 5.000 Türk lirası ödemek yerine, belki 1.000 ya da 500 lira istenebilir… en azından siyah insanlara biraz destek olmak için." (Pazzy, 34 yaşında, Gana) Görüşmelerde kadınlarca dil engelleri ve iletişim sorunları, sağlık hizmetlerinin yüksek maliyeti ve sağlık personelinin yetersiz, ilgisiz veya kötü muamele ırkçılık gibi profesyonellikten uzak tutumları öncelikle belirtilmektedir. "Bazen kendi kendime soruyorum, çünkü sen yabancısın. Hem ben de Türkçeyi pek iyi bilmiyorum." (Aasha, 28 yaşında, Somali). "Doktora gidip diyorsun ki bunu yapmak istiyorum [kürtaj], o zaman polis çağırıyor. Evet, doktor polisi arıyor. Diyor ki, 'Bana pasaportunu ver, bilgilerini alayım… nerede yaşıyorsun, bu adreste mi…' Sonra diyor ki, 'Sorun yok. Ama Türkiye'de bu mümkün değil.' Eve dönüyorsun, ertesi hafta polis evine geliyor, 'Sen bunu yapmak istedin [kürtaj], ikametin yok, ülkene geri dön.'" (Fatiya, 31 yaşında, Kamerun). Bu ifadeler, İstanbul'daki birçok Sahra Altı Afrikalı göçmen kadının cinsel ve üreme sağlığı hizmetlerine erişimde yaşadığı derin zorlukları gözler önüne sermektedir. Dil engelleri, yasal yaptırım korkusu ve erişilebilir sağlık hizmetlerinin eksikliği, bu kadınların karşılaştığı temel sorunlardandır. Bu tür deneyimler, göçmen kadınların dünya genelinde karşılaştığı daha geniş bir sorunu da yansıtmaktadır: kırılgan yasal ve sosyal koşulları nedeniyle yeterli cinsel ve üreme sağlığı hizmetlerine erişimde yaşadıkları güçlük. Bu engeller, katılımcıların kamu sağlık kurumları yerine özel sağlık merkezlerine yönelmesine neden olan ayrımcı uygulamalara dikkat çekmektedir. Söz konusu zorluklar, doğum hizmetleri ve kontrasepsiyonun sınırlı kullanımına yol açmaktadır. Kadınların bu sorunlarla başa çıkmak için çoğunlukla aile ve topluluk ağlarından destek aldıkları belirlenmiştir.

Sonuç ve Öneriler

Bu araştırma kadınların karşılaştığı engellerin karmaşık ve çok boyutlu olduğunu ve bütüncül bir yaklaşımın gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu grubun karşılaştığı özgün güçlüklerin belirlenmesi, Türkiye'de kadın göçüyle ilgilenen kamu kurumları ve sivil toplum kuruluşları için etkili ve kapsayıcı politikaların geliştirilmesi gerektiğini öne çıkarmaktadır. Bu politikalar eylem gerektirmekte ve sağlık kuruluşlarında çeviri ve dil desteği hizmetlerinin sağlanması, sağlık çalışanları arasında kültürel farkındalığın artırılması ve göçmen kadınların Türkiye'deki sağlık sistemi konusunda bilgilendirilmesini amaçlayan kapsamlı bir destek programının geliştirilmesi şeklindedir.

Anahtar Kelimeler: Cinsel Sağlık ve üreme sağlığı, eleştirel göç kuramı, sağlık hizmetlerine erişim, Sahra Altı Afrikalı göçmen kadınlar

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S117]
YAŞLILARDA DİJİTAL EŞİTSİZLİK, KÜLTÜREL SERMAYE VE SAĞLIK DURUMU İLİŞKİSİ

Fatih Tolga Ertürk, Ali Köse, Esra Mert, Mehmet Emin Arayıcı, Hatice Şimşek
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Dünya genelinde yaşlı nüfusun artması, sağlık durumunu etkileyen sosyal ve kültürel belirleyicilerin önemini artırmaktadır (1). Kültürel sermaye, bireylerin sağlıkla ilgili bilgiye erişimini, sağlık davranışlarını ve hizmet kullanımını şekillendiren önemli bir sosyal kaynaktır (1). Öte yandan dijital eşitsizlik, yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine ve bilgi kaynaklarına erişiminde engel oluşturmaktadır (1). Bu çalışmanın amacı, 65 yaş ve üstü bireylerde kültürel sermaye ve dijital eşitsizlik ile sağlık durumu arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Gereç-Yöntem

Bu çalışma, ikincil veri analizine dayalı kesitsel bir araştırmadır. Veri, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından 2023 yılında yayımlanan Türkiye Yaşlı Profili Araştırmasından elde edilmiştir. Veri tabanındaki 65 yaş ve üzeri 2564 birey analize alınmıştır. Bağımlı değişken olan sağlık durumu; kronik hastalık varlığı, öznel sağlık algısı ve sağlık hizmetine erişim zorluğu ile ölçülmüştür. Bağımsız değişkenler; kurumsallaşmış kültürel sermaye (öğrenim durumu), erişimde (internet erişimi varlığı) ve kullanımda (akıllı cep telefonu/bilgisayar/tablet kullanımı) dijital eşitliksizlik varlığıdır. Kontrol değişkenleri yaş, cinsiyet, gelir algısı, yalnız yaşamadır. Veri çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile çözümlenmiştir. Araştırmanın etik onayı Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2025/34-25 karar numarası ile alınmıştır.

Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması 73.9±6.8 yıldır, %54.5'i erkektir, %83.2'sinde en az bir kronik hastalık vardır, %38.3'ü sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşamaktadır, %35.1'i sağlık durumunu çok kötü-kötü olarak değerlendirmiştir. Katılımcıların kurumsallaşmış kültürel sermayesi %73.4'ünde düşük, %16.1'inde orta, %10.4'ünde yüksek düzeydedir. Yaşlıların %54.4'ü erişimde, %35.3'ü kullanımda dijital olarak dezavantajlıdır. Yaşa, cinsiyete, gelir algısı ve yalnız yaşamaya göre düzeltilmiş modelde, erişim ve kullanımda dijital eşitsizlik durumu ile kronik hastalık varlığı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Dijital erişim: OR=1.10; %95GA=0.86–1.40, p=0.446, Dijital kullanım: OR=1.03; %95GA=0.79–1.33, p=0.837). Kurumsallaşmış kültürel sermayesi düşük düzeyde (OR=1.49; %95GA=1.07–2.07 p=0.019) ve orta düzeyde (OR=1.52; %95GA=1.05–2.21, p=0.029) olan bireylerde kronik hastalık olasılığı anlamlı yüksektir. Dijital erişimi olmayan bireylerde kötü sağlık algısı olasılığı %45 yüksektir (OR=1.45; %95GA=1.19–1.76, p<0.001). Dijital cihaz kullanım durumu ile kötü sağlık algısı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (OR=1.14; %95GA=0.94–1.38, p=0.188). Kültürel sermayesi düşük olanlarda kötü sağlık algısı olasılığı 3.07 kat yüksektir (OR=3.07; %95GA=2.04–4.60, p<0.001). Orta düzeyde kurumsal sermayesi olanlarla kötü sağlık algısı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (OR=1.47; %95GA=0.93–2.33, p=0.102). Dijital erişimi olmayan bireylerde sağlık hizmetlerine erişim zorluğu %54 fazladır (OR=1.54; %95GA=1.27–1.86, p<0.001). Dijital cihazları kullanma durumu ile sağlık hizmetlerine erişim zorluğu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (OR=1.10; %95GA=0.91–1.32, p=0.339). Kurumsallaşmış kültürel sermayesi düşük düzeyde olan bireylerde bu olasılık %54 yüksektir (OR=1.54; %95GA=1.11–2.15, p=0.010). Orta düzeyde kurumsal sermaye ile sağlık hizmetlerine erişim zorluğu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (OR=0.86; %95GA=0.59–1.26, p=0.443).

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma, yaşlılarda kültürel sermaye ve dijital eşitsizliğin sağlık durumu üzerinde belirleyici olduğunu göstermiştir. Düşük kültürel sermaye, kronik hastalık, kötü sağlık algısı ve sağlık hizmetlerine erişim güçlüğü

ile ilişkilidir. Dijital erişim yetersizliği, özellikle kötü sağlık algısı ve hizmete erişim zorluğunu artırmaktadır. Bu sonuçlar, yaşlılarda dijital erişim ve öğrenim düzeyinin sağlık eşitsizliklerinde kritik rol oynadığını göstermektedir. Kültürel sermayesi ve dijital erişimi düşük bireylere yönelik dijital okuryazarlık ve sağlık eğitimi programları geliştirilmesi, sağlık hizmetlerine erişimde fırsat eşitliği sağlayabilir. Politika yapıcılar, dijital kapsayıcılığı ve kültürel sermaye güçlendirmeyi yaşlı sağlığı stratejilerinde önceliklendirmelidir.

Anahtar Kelimeler: Dijital eşitsizlik, kültürel sermaye, yaşlı sağlığı

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S118]
MECLİS TUTANAKLARINDA MEVSİMLİK TARIM İŞÇİLİĞİ: 2020-2025 DÖNEMİ ELEŞTİREL SÖYLEM ANALİZİ

***Buğra Taygun Gülle*[1], *Büşra Tozduman*[2]**
[1]*İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Başkanlığı*
[2]*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Epidemiyoloji Bilim Dalı*

Giriş-Amaç

Mevsimlik tarım işçiliği; barınma, su, sanitasyon ve hijyen eksikleri, iş sağlığı ve güvenliği ile ulaşım riskleri, kayıt dışılık ve güvencesizlik, dil engeline bağlı hizmetlere erişim güçlükleri, kadın emeğinin görünmezliği ve çocukların eğitime devamındaki aksamalar gibi alanlarda biriken çok boyutlu bir kırılganlık üretir. Türkiye'de bu döngüden yaklaşık 1 milyon kişi doğrudan veya dolaylı etkilenmektedir. Bu tablo, yalnızca sağlık sonuçlarını değil; sosyal koruma, eğitim ve çalışma yaşamı düzenlemelerini de etkileyerek kamusal politika gerektiren bir alan oluşturur. Kamu politikası dilinin kurumsal olarak üretildiği başlıca zeminlerden biri Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) Genel Kurulu'dur. Bu çalışma, 2020–2025 dönemi Genel Kurul tartışmalarında mevsimlik tarım işçiliğinin nasıl ele alındığını görünür kılmayı; parlamenter düzeydeki temsil ile uygulanabilir ve izlenebilir politika önerileri arasındaki boşlukları işaret etmeyi amaçlar. Elde edilecek bulguların, dezavantajın azaltılmasına katkı sağlayabilecek somut müdahale alanlarıyla ilişkilendirilmesi amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışmada, TBMM Genel Kurul tutanaklarına dayalı, nitel ve betimleyici bir eleştirel söylem analizi (critical discourse analysis-CDA) tasarlanmıştır. 1.1.2020–31.7.2025 döneminde mevsimlik tarım işçiliğine değinen konuşmalar anahtar sözcüklerle taranmış ve uygunluk ölçütlerini karşılayan tüm metinler çalışmaya dâhil edilmiştir. Tutanaklar anlamlı alt birimlere (segment) ayrılmış, metinler iki araştırmacı tarafından birbirinden bağımsız biçimde kodlanmış ve görüş ayrılıkları uzlaşıyla giderilmiştir. Analitik inceleme üç düzlem üzerine kurulmuştur: "tema" düzleminde ne söylendiği (barınma ve yaşam koşulları, iş sağlığı ve güvenliği, idari-hukuki yönetişim, kadın emeği vb.), "çerçeve" düzleminde nasıl söylendiği (hak temelli, idari-hukuki, politikleşmiş, duygusal/ahlaki vb.) ve "işlev" düzleminde hangi amaçla söylendiği (sorun tanımı, hesap sorma/denetim, çözüm/öneri vb.). Çalışmanın bağımlı değişkenleri; segment düzeyinde tema, çerçeve ve işlev kodlarının dağılımları, bu kodlar arasındaki birlikte görülme ölçümleri, belirli başlıkların doğrudan adlandırma sıklığı ve çözüm/öneriyle eşleşme oranıdır. Bağımsız değişkenler olarak parti, vekilin seçildiği il ve zaman kullanılmıştır. Tema-çerçeve-işlev başlıkları arasındaki birlikte görülme ve ilişki gücünü nicel olarak değerlendirmek amacıyla Jaccard (ortaklık düzeyi) ve lift (beklenenin üzerindeki birliktelik) ölçütleri kullanılmıştır. Çalışma kamuya açık meclis belgelerine dayandığından ek etik kurul onayı gerekmemiştir; finansman ve çıkar çatışması yoktur.

Bulgular

2020–2025 döneminde TBMM Genel Kurulu'nda mevsimlik tarım işçiliğine ilişkin 164 konuşma saptanmış; bunlar 36 ilden 79 milletvekili tarafından 110 oturumda yapılmış ve 634 segment kodlanmıştır. Katkıların %90'dan fazlası muhalefetten gelmiş, iktidar bloğu %6,7'de kalmıştır. Coğrafi dağılım, mevsimlik işçilerle ilişkili illerde yoğunlaşmış; Şanlıurfa tek başına %30,5 ile öne çıkmıştır. Zaman içindeki dağılımda, hasat dönemi ile bütçe görüşmeleri çevresinde pikler oluştuğu görülmüştür. Söylem işlevi düzleminde en çok sorun tanımı (%51,7) ve eleştiri/hesap sorma (%33,9) yönünde toplanmış; çözüm/öneri (%8,8) ile başarı beyanı (%3,8) sınırlı kalmıştır. Çerçevelemede hak temelli ton %56,8 ile baskın olup politikleşmiş (%30,4) ve ahlaki/duygusal (%24,0) ifadelerle birlikte seyretmiştir; ekonomik/sınıfsal (%13,1) ve etnik/kimlik (%8,2) çerçeveler ikincil düzeydedir. Tema dağılımında idari–hukuki yönetişim (%24,3) ile barınma/yaşam koşulları (%15,8) başı çekmiş; onları iş sağlığı ve güvenliği (İSG) (%14,2) ve ulaşım güvenliği (%12,9) izlemiştir. Birlikte görülme analizinde İSG–ulaşım güvenliği ikilisi 63 ortak segment ile en güçlü eşleşme olarak

belirlenmiş (J=0,58); çocuk işçiliği–eğitim (24 ortak segment; J=0,26), etnisite/kimlik–toplumsal ilişkiler (16; J=0,32) ve bölgesel eşitsizlik–göç/hareketlilik (16; J=0,14) izleyen bağlantılar olmuştur. Katmanlar arası eşleşmelerde idari–hukuki yönetişim ile hukuki/bürokratik çerçevenin yakın birlikteliği (135/147; J=0,81; Lift=3,78) ve politikleşmiş çerçeve ile eleştiri/hesap sorma ilişkisinin belirginliği (147/215; J=0,56; Lift=2,25) dikkat çekmiştir. Partilere göre örüntülerde muhalefet bloğunun baskınlığı teyit edilmiştir. DEM, hak temelli söylemde en yüksek paya sahip olmuş ve ücret–çalışma ilişkileri (41/51; %80,4), emek sömürüsü (48/54; %88,9), İSG (58/90; %64,4) ve göç/hareketlilik (49/74; %66,2) başlıklarında ağırlık taşımıştır; etnik/kimlik teması yalnızca DEM konuşmalarında görülmüştür (35/35; %100). CHP özellikle bölgesel eşitsizlikte (24/55; %43,6) öne çıkmış; AKP ve MHP tarafında toplam hacim düşüktür (AKP n=35, MHP n=34); başarı beyanlarının %91,7'si (22/24) AKP konuşmalarında yer almış, normalleştirme söylemi yalnız AKP'de kaydedilmiştir (3/3). Bazı önemli temaların göz ardı edildiği görülmektedir. "Göçmen/yabancı uyruklu işçiler" (n=6), "iklim değişikliği/afet" (n=7), "sosyal güvenlik" (n=31) gibi temalar çok az segmentte tespit edilmiş ve bu temalarla çözüm/öneri işlevlerinin birlikte görünme sıklığı çok düşük kalmıştır.

Sonuç ve Öneriler

TBMM Genel Kurulu'nda mevsimlik tarım işçiliğine ilişkin söylemlerin teşhis ağırlıklı seyrettiği, ortaya konan sorunların çözüm/uygulama araçlarına zayıf bağlandığı; katkıların büyük bölümünün muhalefetten geldiği; göçmen/yabancı uyruklu işçiler ile iklim değişikliği/afet bağlantılı risklerin ise düşük görünürlükte kaldığı gösterilmiştir. Yaklaşık 1 milyon kişinin etkilendiği bu alanda, tema–çerçeve–işlev katmanlarının birlikte haritalanması ve bağların nicel olarak ortaya konması, Genel Kurul söyleminde hangi risk kümelerinin uygulanabilir politikalara bağlanamadığını ölçülebilir biçimde göstermektedir. Bulgular ışığında, denetim ve raporlama süreçlerinin hasat ve bütçe dönemleriyle eşzamanlı takvimlendirilmesi; vatandaşlık statüsünden (yurttaşlık/ikamet durumu) bağımsız iş sağlığı ve güvenliği denetimlerinin düzenli yürütülmesi; tarım işçilerini taşıyan araçlar için zorunlu denetim protokollerinin açık ve ayrıntılı biçimde standartlaştırılması; bilgi, danışma ve başvuru süreçleri için çokdilli bildirim hatlarının kurulup etkin işletilmesi; sıcaklık artışlarını dikkate alan çalışma planlamasının uygulanması; kamp ve konut alanlarında su, sanitasyon ve hijyen için bağlayıcı yerel standartların yürürlüğe konması; ilçe düzeyi performans göstergelerinin belirlenerek periyodik kamu raporlamasıyla izlenmesi gerekmektedir. Bu adımların, özellikle göçmen/mülteci işçilerin dil, hukuki statü ve pazarlık gücü kaynaklı özgül risklerini görünür kılarak korumayı kapsayıcı hâle getirmesi beklenir; ayrıca tasarımın yalnız sonuçlara değil, mevsimlik göçün itici/çekici nedenlerine ve bölgeler arası eşitsizliklerin azaltılmasına yönelmesi önemlidir. Bulgular yalnızca Genel Kurul tutanaklarına dayanmaktadır; komisyon süreçleri ve yazılı soru–cevaplar kapsam dışıdır. İktidar konuşmalarının düşük hacmi bazı yüzde yorumlarını etkileyebilir. Segmentasyon ve kod atamaları, araştırmacı yargısı içerdiğinden sınıflama yanlılığı riski taşır; bu risk, iki bağımsız kodlayıcı ve uzlaşı yöntemiyle azaltılmaya çalışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Dezavantajlı gruplar, eleştirel söylem analizi, mevsimlik tarım işçileri, parlamento söylemi, sağlık politikası

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S119]
ROMANLARIN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİ VE BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİNE ERİŞİM: İSTANBUL'DA KESİTSEL BİR ÇALIŞMA

Pelin Şavlı Emiroğlu[1], Büşra Albayrak[2], Burhan Küçükoğlu[3], Tuğsem Üzer[4], Ali Kırbaş[5]
[1]İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı
[2]İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[3]İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı
[4]İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı, Toplum Sağlığı Hizmetleri ve Eğitim Birimi
[5]İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı, İzleme, Değerlendirme ve İstatistik Birimi

Giriş-Amaç

Romanlar, sağlık hizmetlerine erişim açısından engellerle karşılaşan ve sağlık okuryazarlığı genellikle düşük olan, Avrupa'nın ve Türkiye'nin dezavantajlı topluluklarından biridir.Edirne ve Kırklareli gibi illerde yapılan araştırmalar, Romanların koruyucu sağlık hizmetlerine düşük düzeyde başvurduğunu, hizmet kullanımının çoğunlukla tedavi odaklı olduğunu göstermektedir.Bu çalışmanın amacı, İstanbul'da yaşayan Roman vatandaşların birinci basamak sağlık hizmetlerine erişim ile sağlık okuryazarlığı durumlarını değerlendirmek, bu iki değişken arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır.

Gereç-Yöntem

Bu çalışma kesitsel bir çalışma olarak yürütülmüştür.Araştırma, Helsinki Deklarasyonu ilkelerine uygun olarak yürütülmüş; İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alınmış, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'nun 08/10/2025 tarihli ve 2025.10.261 numaralı kaydıyla onaylanmıştır.Araştırma kapsamında Roman nüfusunun yoğun olduğu 10 ilçeye saha ziyaretleri gerçekleştirilmiştir.Örneklem büyüklüğü, İstanbul'da yaşayan yaklaşık 480.000 Roman nüfus temel alınarak OpenEpi Version 3 yazılımı kullanılarak hesaplanmıştır.Avrupa Roman Halk Örgütleri Ağı(European Roma Grassroots Organisations Network) yayınladığı rapordan yola çıkarak "sağlık hizmetlerine erişememe oranı %31,9", hata payı %5 ve güven düzeyi %95 olarak alınmış; bu doğrultuda çalışma için 334 katılımcının yeterli olduğu belirlenmiştir.Her bir ilçedeki Roman Koordinatörleri aracılığıyla kartopu örnekleme yöntemi kullanılarak toplam 368 gönüllü çalışmaya dahil edilmiştir.Veri toplama aracı olarak üç bölümden oluşan bir anket formu kullanılmıştır:Sosyodemografik özellikler(yaş,cinsiyet,eğitim,gelir);Birinci basamak sağlık hizmeti erişimine ilişkin sorular (ASM'ye ulaşım biçimi, aile hekimini bilme durumu, sağlık hizmeti alımı için ilk başvuruda tercih edilen kurum(ASM/hastane acil servisi), doktor ve sağlık çalışanları ile iletişim kolaylığı ve kanser tanısı alıp/almadığı, kanser taramalara katılım durumu, kanser taramaları hakkındaki düşüncesi) ve Türkçe geçerlilik güvenilirliği olan Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği(Health Literacy Index) kullanılmıştır.Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği toplam 25 maddeden oluşmakta olup, dört alt boyutu kapsamaktadır.Bu alt boyutlar sırasıyla Bilgiye Erişim(5 madde),Bilgiyi Anlama(7 madde),Değerlendirme(8 madde) ve Uygulama/Kullanma (5 madde) olarak sınıflandırılmıştır. Ölçek maddeleri, 5'li Likert yapısındadır.Ölçekten alınabilecek minimum puan 25, maksimum puan 125'tir. Elde edilen toplam puanın artması, bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseldiğini göstermektedir.Veriler yüz yüze görüşmeler yoluyla toplanmış, SPSS 31.0 programında analiz edilmiştir.Kategorik veriler sıklık (n) ve oran (%); sayısal veriler medyan (minimum-maksimum) şeklinde sunuldu.Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogrov Smirnov ile Q-Q plot ve histogram ile değerlendirildi.Sağlık okuryazarlığı düzeyi ile sosyoekonomik özellikler ve sağlık hizmetine erişim arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için kategorik değişkenlerin analizinde ki-kare testi; beklenen hücre frekanslarının 5'in altında olduğu durumlarda Fisher's Exact testi ve sürekli değişkenlerin analizinde Mann Whitney U testi uygulanmıştır.İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya toplam 368 kişi katılmış olup, katılımcıların %51,1'i kadın, %48,9'u erkektir.Yaş ortalaması 47±16

yıl (min.-max.: 18–90) olan grubun, sağlık okuryazarlığı ortalamaları sırasıyla;Bilgiye Erişim 18,5±6,84,Bilgiyi Anlama 24,96±9,32,Değerlendirme 29,78±10,62,Uygulama/Kullanma 18,25±6,36 olup,Toplam sağlık okuryazarlığı puanı91,49±29,76 (25-125)'dır.Katılımcıların %22,9'u okuma yazma bilmediğini,%42,5'i ilkokul mezunu olduğunu ve yalnızca %1,6'sı üniversite mezunu olduğunu belirtmiştir.Konut durumu incelendiğinde, katılımcıların %22,1'i kendine ait apartmanda, %24,8'i kendine ait gecekonduda, %31,3'ü kiralık apartmanda ve %21,8'i kiralık gecekonduda yaşadığını ifade etmiştir.Altyapı hizmetlerinden temiz su(%97,2), elektrik(%97,5) ve kanalizasyon(%94,7) erişimi olduğunu belirtmişlerdir.Katılımcıların %67,7'sinin geliri giderinden düşük,%69,4'ü sosyal yardım aldığını belirtmişlerdir.Araştırmaya katılanlar %82,5'i Aile Sağlığı Merkezi'ne ulaşımının kolay-orta olduğunu,%82,6'sı Aile Sağlık Merkezi'ne yürüyerek gittiğini belirtmiştir. Sağlık hizmetine ilk başvuru yeri olarak katılımcıların %61,3'ü(n=222) Aile Sağlığı Merkezi'ni,%38,7'si(n=140) ise hastane acil servisini tercih etmiştir.Katılımcıların %83,8'i aile hekimini tanıdığını ifade etmiştir.Doktor ve hemşirelerle iletişimin %81,2 oranında rahat olduğunu belirtmişlerdir.Hastane randevusu en çok telefonla(%66,1) alınmaktadır.Katılımcıların %92,6'sı kanser tanısı almamış ve 195 birey (%58) kanser taramasını gerekli gördüğü söylemiştir.Katılımcıların ASM ulaşım kolaylığı ile sosyodemografik özellikleri ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde;ASM'ye ulaşımını zor olarak belirten katılımcıların 47'si kadın (%74,6), 16'sı erkek (%25,4) olup, cinsiyet açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır(p<0,001).ASM'ye ulaşımı zor bulan katılımcıların%51,6'sı okula gitmemiş,%40,6'sı okuma yazma bilmemekte ve %58,6'sı kanser taramasına olumsuz yaklaşmaktadır.Yaş açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır(p=0,081).Sağlık Okuryazarlığı açısından; Bilgiye Erişim, Bilgiyi Anlama, Değerlendirme, Uygulama/Kullanma ve Toplam Sağlık Okuryazarlığı puanları ASM'ye ulaşımı orta-zor bulan grubun medyan değerleri anlamlı biçimde daha düşüktür (tümü için p<0,001).Katılımcıların kanser taramasına yönelik düşünceleri ile sosyodemografik ve sağlık okuryazarlığı değişkenleri arasındaki ilişki incelendiğinde, cinsiyet, eğitim durumu ve okuryazar olma durumu değişkenlerinde anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05).Kanser taramasına yönelik olumlu görüş bildirenlerin %53,9'unun erkek,%76,9'unun okulda eğitim görme geçmişi mevcut olup ve %83,6'sının okuma yazma bilen bireylerden oluştuğu belirlenmiştir.Sağlık okuryazarlığı ölçeği değerlendirildiğinde; Bilgiye Erişim, Bilgiyi Anlama, Değerlendirme, Uygulama/Kullanma ve Toplam Sağlık Okuryazarlığı Puanları açısından kanser taramalarına olumlu görüş bildiren grubun medyan değerleri anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur(tümü için p<0,001).Kanser tarama testlerine yönelik tutum ile taramaya katılım davranışları karşılaştırıldığında, gaitada gizli kan testi ve HPV-DNA testi yaptırma oranlarının kanser taramasına olumlu yaklaşan katılımcılarda anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür(p=0,001 ve p=0,029). Buna karşın, mamografi yaptırma açısından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır(p=0,178).

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma, Roman bireylerin eğitim ve okuryazarlık durumunun sağlık bilgisine erişim, anlama, değerlendirme ve kullanma becerilerini belirgin biçimde etkilediğini göstermektedir. Kanser taramalarına yönelik tutumlar, taramaya katılma davranışını etkilemektedir. Bu bulgular, Roman Vatandaşlara Yönelik Strateji Belgesi (2023-2030) ve I. Aşama Eylem Planı (2023-2025) kapsamında sağlık okuryazarlığını geliştirmeye ve koruyucu sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini güçlendirmeye yönelik bütüncül politikaların gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Roman vatandaşlar, sağlık okuryazarlığı, birinci basamak sağlık hizmetleri

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S120]
GÖÇMEN MEVSİMLİK TARIM İŞÇİLERİNİN KIRIM KONGO KANAMALI ATEŞİ BİLGİ DÜZEYİ VE İLİŞKİLİ ETMENLER: TOKAT İL ÖRNEĞİ

***Hatice Eftal Şeyda Kanal*[1], *Kamer Kalip*[2]**
[1]*Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[2]*T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü*

Giriş-Amaç

Göçmen mevsimlik tarım işçileri, tarla, bağ, bahçe gibi kenelerin doğal yaşam alanlarında tarımsal faaliyetlerini yürüttüklerinden, Türkiye'de Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) açısından yüksek riskli bir meslek grubudur. Göçleri çoğunlukla hastalık insidansının, dolayısıyla farkındalığın düşük olduğu illerden olmaktadır. Çalışmak için geldikleri Tokat ili, KKKA vakalarının Türkiye'de ilk tespit edildiği ildir. Günümüzde ise ülkenin en yüksek insidans hızına sahip illerinden biridir. Mesleki maruziyete ek olarak düşük eğitim düzeyi, açık alan çadırı gibi sağlıksız barınma koşullarında konaklamak, sosyal güvencesizlik gibi faktörler ve hastalığın bölgedeki yüksek insidans hızı, bu grubun kırılganlığını artırmaktadır. Çalışmanın amacı, Tokat ili merkez kırsalına gelen göçmen mevsimlik tarım işçilerinin KKKA hakkındaki bilgi düzeyini belirlemek ve bununla ilişkili olabilecek etmenleri saptamaktır.

Gereç-Yöntem

Çalışma, 1 Nisan- 31 Temmuz 2022 tarihleri arasında Tokat İl merkezi kırsalına gelen GMTİ üzerinde yürütülmüş olan kesitsel tipte bir araştırmadır. Örneklem seçilmemiş olup, bu zaman diliminde tarım işçisi olarak Tokat iline gelen tüm işçilere (208 kişi) ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen 24 kişi çalışma dışı bırakılmış, geriye kalan 184 kişi çalışma grubunu oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında, sosyodemografik ve mevsimsel işle ilişkili özellikler, semptomlar gibi bir takım hastalığa dair özellikler ve KKKA hakkındaki bilgi düzeyini ölçmek amaçlı 18 adet ifadeyi içeren 43 sorudan oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Katılımcıların bilgi düzeyi toplam puana göre belirlenmiş ve yüksek bilgi düzeyini saptamak için ortanca değeri cut-off olarak kullanılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme tekniği ile elde edilmiştir. Tekli analizlerin devamında, yüksek bilgi seviyesinin bağımsız öngörücülerini bulmak amaçlı lojistik regresyon analizi gerçekleştirilmiştir.

Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması 27.9±12.0 yıldır, %54.3'ü kadındır, %23.9'u okuryazar değildir, %47.8'i yılın en az 7 ayında mevsimlik işlerde çalışmaktadır, %53.3'ü çadırlarda konaklamaktadır, %15.8'inin sosyal güvencesi yoktur ve yalnızca %13.0'ı daha önceden KKKA hakkında bir eğitim almıştır. Ateş %37 ile en yüksek oranda bilinen KKKA semptomudur; bunu yorgunluk ve baş ağrısı takip etmiştir (sırasıyla; %26, %24). Yılın 7 ayı ve daha fazlasında göçebe mevsimlik tarım işçisi olarak çalışmak (p=0,002) ve çadır yerine evde konaklamak KKKA bilgi puanını anlamlı şekilde artırmıştır (p<0.001). Ailedeki kişi başı aylık gelir ile katılımcıların bilgi düzeyi arasında da anlamlı ilişki olup, düşük bilgi düzeyine sahip olanların geliri daha yüksektir (p<0.001). Okuryazarlık durumu tekli analizlerde KKKA bilgi düzeyini belirleyen bir faktör olarak tespit edilse de çok değişkenli analizde bir etkisinin olmadığı saptanmıştır (p=0.077).

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma, KKKA açısından yüksek mesleki bulaş riski taşımalarının yanı sıra sosyal, ekonomik ve sağlık hizmetlerine erişebilme gibi pek çok açıdan toplumun dezavantajlı gruplarından biri olan göçmen mevsimlik tarım işçilerinde KKKA bilgi düzeyi ve ilişkili etmenlerin araştırıldığı ilk çalışma olması açısından önemlidir.

Genel olarak katılımcıların KKKA bilgi düzeyi orta, semptom bilgi düzeyi ise düşük saptanmıştır. Çalışmanın bulguları bu hassas grupta KKKA'yı önlemek için politika yapıcılara, sağlık idarecilerine ve hekimlere yol gösterecek olup, KKKA eğitim faaliyetlerine ağırlık verilmesi ve mevsimlik işçilerin yaşam koşullarının iyileştirilerek keneyle temas risklerinin azaltılması yapılması gerekenlerin başında yer almaktadır. Araştırmada Tokat iline gelen GMTİ, resmi kurumlar vasıtası ile önceden konumları tespit edilerek çalışma ve barınma yerlerinde ziyaret edilmiş olsalar da, sürekli yer değiştiren bir popülasyon olduklarından tekrarlayan ziyaretlere rağmen bazı işçilere ulaşılamamış olabilir.

Anahtar Kelimeler: Bilgi, göçmen mevsimlik tarım işçileri, Kırım Kongo Kanamalı Ateşi

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S121]
TOPLUMDA YENİ AŞILARA YÖNELİK TUTUMDA FARKLILAŞMA VE BENZEŞMELER: NİTEL BİR ÇALIŞMA

Merve Güleç[1], Mizgin Sünbül[2], Burcu Kümbül Güler[1], Bülent Kılıç[2]
[1]Katip Çelebi Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç

Aşılar, bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde en maliyet-etkili halk sağlığı müdahalelerinden biridir. DSÖ son yıllarda aşı tereddütünü sağlığı tehdit eden 10 başlık arasına eklemiştir. Aşılarla ilgili yanlış bilgi, güvensizlik ve sosyal medya üzerinden yayılan dezenformasyon gibi etkenler, toplumlarda aşı kararsızlığı ve aşı reddi davranışlarını artırmıştır. Özellikle COVID-19 salgınından sonra yeni aşılara karşı aşı kararsızlığı/aşı reddi ülkemizde de gittikçe daha fazla gündeme gelmektedir. Bu araştırmanın amacı yeni aşılara karşı toplumda gelişen taraftarlık, karşıtlık, tereddüt gibi tutumların nedenlerini saptamaktır.

Gereç ve Yöntem

Araştırma fenomenolojik desende yürütülmüş nitel tipte bir çalışmadır. Bu araştırma TÜBİTAK 1004 Projesi kapsamında yürütülmekte olan KORTUP (Korunma ve Tedavi Ulusal Platformu) projesi dahilinde çalışmaların yapıldığı altı adet yeni aşı (Hanta virüs, H. pylori, Klebsiella, Meningokok, H9N2 İnfluenza, Leishmania) için toplumsal etkinin ölçülmesi iş paketi doğrultusunda gerçekleştirilmiştir. Bu amaçla projede yer alan üniversitelerin bulunduğu illerde (İstanbul, Ankara, Konya, İzmir) kartopu örnekleme yöntemi ile yeni aşılara taraftar ya da karşıt/kararsız olan 14 katılımcıya (8 kadın, 6 erkek; medyan yaş 43) ulaşılmıştır. Katılımcıların 8'i İzmir'den, 3'ü Ankara'dan ve 3'ü Konya'dan seçilmiştir. İstanbul'dan katılımcı dahil edilememiştir. Katılımcılar eğitim, sağlık, kamu, esnaf, ev hanımı gibi çeşitli meslek gruplarından gelmektedir. Katılımcıların 7'si kendini 'aşı taraftarı', 8'i 'kararsız/karşıt' olarak tanımlamıştır. Veriler, iki araştırmacı tarafından ortalama 40 dakika süren derinlemesine yarı yapılandırılmış görüşmeler ile toplanmıştır. Katılımcılara sorulacak sorular araştırma ekibinin ortak kararıyla belirlenen 12 soruluk bir veri toplama formunda toplanmıştır. Ses kayıtları katılımcı onayıyla alınmış ve "transcriptor" programıyla metne dönüştürülmüştür. Metinler iki araştırmacı tarafından MAXQDA 24 yazılımını kullanarak ayrı ayrı kodlanmış daha sonra araştırma ekibi tarafından kodlar ortaklaştırılmıştır. Analizler tematik içerik analizi yöntemiyle yapılmıştır. Bu çalışma TÜBİTAK tarafından desteklenmiştir. Araştırmanın etik kurul onayı Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır.

Bulgular

Araştırmanın bulguları tüm gruplar için dört ana temada toplanmıştır. Gruplar arasındaki faklılıklar ana temaların altındaki alt tema ve kodlarda ortaya çıkmıştır.

Aşıya yönelik tutuma etki eden faktörler: Aşıların genel faydasına dair inanç taraftarlarda daha fazla öne çıkarken aşıların AR-GE süreçlerine dair endişeler ile yeni/yerli aşılara ilişkin görüşler iki grupta da ortak olup kararsız/karşıtlarda daha yoğundur. Aşılara erişim genellikle kolay olarak bildirilmekle birlikte, kararsız/karşıt katılımcılar ücretsiz aşılama talebini daha fazla dile getirmiştir. Sağlıklı yaşam ve alternatif tıp başvuruları çoğunlukla kararsız/karşıtlarda görülürken, bilimsel otoriteye güven ve aşının faydasına inanç taraftarlarda daha güçlüdür.

"Aslında geçmişten günümüze çoğu hastalığı engelleyen mesela eskiden çoğu hastalık sebeplerini de çocuk veya genç ölümlerde ölüm oranı çok yüksekken, bu aşılar sayesinde çoğu şeyi geride bırakıp onları hiç düşünmemize gerek kalmıyor. Yani tamamen bir hastalığı sıfırlayabildiler. Bu gibi düşüncelerden dolayı aşının çok yararlı olduğunu düşünüyorum."(K3)

Yerli aşı üretimi her iki grupta da benzer şekilde olumlu karşılanmıştır.

"Aşı geliştirmesi güzel bir şey. Sonuçta bizim de kendi değerli bilim insanlarımız var. Bizim de belli bir teknolojimiz var bu konuda. Hani bunun denemeleri işte yapılmış mı, yan etkileri neler, hani bunlar tam olarak ortaya konulursa tabii ki çok güzel aşı geliştirilmesi ama ben bu konuda devletimizi çok suçlu buluyorum. Bizde hiçbir şekilde, hiçbir şey denetlenmiyor." (K16)

Aşılara yönelik tutum değişimi yaratan faktörler: Tutum değişikliği yaratan durumlar daha çok kararsız/karşıtlarda görülürken bu gruptaki katılımcılar COVID-19 dönemine ilişkin deneyimlerini daha olumsuz değerlendirmiş ve yalnızca bu grupta aşının zorunlu tutulmasına yönelik eleştiriler gözlenmiştir; taraftarlar ise zorunluluğu ve uyulmaması halinde aşı yaptırmayanlara karşı yaptırımı savunmuştur.

"Genel olarak yani böyle bir aşı karşıtlığım yoktu... Pandemi döneminde bir güvenim sarsılmadı değil aşılara karşı. Mesela sosyal medyada görüyorum. Çocuklarda otizme sebep oluyor falan bildiriyor... İnsan etkileniyor ister istemez." (K1)

Çevre/medya ve kurumların etkisi: Kurumlara güven iki grupta da tematik olarak görünse de taraftarlarda güven daha yüksek, kararsız/karşıtlarda belirgin güvensizlik saptanmıştır. Her iki grup da sosyal çevre ve çoğunluk davranışının kararlarını etkilediğini ve tanıdık sağlık çalışanlarından bilgi aldığını belirtmiştir; ancak medya/sosyal medya etkisi yalnızca kararsız/karşıt grupta belirleyici olarak ifade edilmiştir. İnanç ve dini değerler her iki grupta da görünür olmakla birlikte, dini inançları aşı davranışından bağımsız değerlendirme taraftarlarda çok daha yaygınken; komplo teorilerine açıklık, dini hassasiyetlere uygun aşı talebi ve bu temelli olumsuz tutumlar kararsız/karşıtlarda yoğunlaşmıştır.

İletişimle ilgili sorunlar ve öneriler: İletişimde her iki grup şeffaf ve olumlu dil ihtiyacını vurgulamış; kararsız/karşıtlar ayrıca halkın anlayacağı sade dil, influencer/medya destekli görsel içerikler, içeriğe (formülasyona) ilişkin açıklamalar ve milli duygulara hitap eden kampanyalar önermiştir. Bu temada sağlık çalışanlarının olumlu/samimi dil kullanması beklentisi de öne çıkmıştır.

"Bunu sosyal medya olarak götürmeleri şey yapmaları lazım. Ya da işte en iyi aşı videosu yarışması yapacak atıyorum örnek veriyorum insanlar katılacak youtuberlar, influencerlardan destek alınacak... Bir tartışma platformu haline getirilse aslında. İnsanlar belki konuyu daha iyi araştıracaklar, hani sosyallikte var ya bir aitlik duygusu...(K11)

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma, önemli bir halk sağlığı sorunu olan ve giderek artan aşı kararsızlığı/karşıtlığı trendini toplumun farklı kesimlerinden insanlarla görüşerek derinlemesine incelemiştir. Bu çalışma hem taraftarların hem karşıtlar/kararsızların bakış açısını aynı anda sunduğu için önemlidir. Ancak bu çalışmanın en önemli bulgusu yerli aşı üretiminin tüm gruplar tarafından olumlu karşılanmasıdır. Bu nedenle TÜBİTAK gibi ulusal kurumların ve üniversitelerin ülkemizde yeni aşı üretimini destekleyecek çalışmalar yapması çok önemlidir.

Ayrıca bu araştırma hem aşı taraftarlarının hem karşıt ya da kararsızların kurumsal güvene ihtiyacını, olumlu iletişim dili ihtiyacını ortaya koymuştur. Bununla birlikte sosyal medyanın etkisi ve komplo teorilerine inanç da azımsanmayacak düzeydedir. Bu anlamda hem toplumun tüm kesimlerine yönelik çalışmalar hem de özelde aşılar konusunda tereddüt yaşayan kişilere yönelik iletişim stratejileri yürütmek; bu bağlamda olumlu iletişim dili, içerik bilgilendirmesi, aşı kampanyalarının sosyal medya/medya aracılığıyla desteklenmesi Türkiye'de aşı kararsızlığı/karşıtlığını azaltma ve aşıya güveni pekiştirme açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Aşı kararsızlığı, aşı karşıtlığı, aşı taraftarlığı, yerli aşı üretimi

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S122]
ÇALIŞMA YAŞAMINDAKI SURİYELİ GÖÇMEN İŞÇİLER: BİR SİSTEMATİK DERLEME

***Mizgin Sünbül*, Alp Ergör**
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Göçmen işçiler göç nedeniyle ortaya çıkan sosyal, psikolojik sorunların yanında geldikleri ülkelerdeki çalışma yaşamlarında da birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Yerli işçilerle aralarında çalışma saati, çalışma koşulları bakımından farklar olmaktadır. Beslenme ve barınma gibi konularda düşük standartlar altında yaşamak durumundadır. Çoğunlukla sosyal ve sağlık güvenceleri yoktur. Genellikle 3D (dirty, dangerous, demeaning) olarak kısaltılan pis, tehlikeli ve küçük düşürücü işlerde çalışmaktadırlar. Bu çalışma, Türkiye'de yaşayan Suriyeli göçmen işçilerin iş yaşamında karşılaştıkları sorunları, çalışma ortamı, çalışma koşulları, çalışma ilişkileri; kişilerin bireysel özellikleri, toplumsal özellikler ve yaşanan çevre bağlamında incelemeyi amaçlamıştır.

Gereç-Yöntem

Çalışma PRISMA kılavuzuna uygun olarak yürütülen bir sistematik derlemedir. Amaca yönelik hazırlanan anahtar kelimeler ile 2011-2024 arasında yayımlanmış özgün araştırma makaleleri İngilizce ve Türkçe olarak PUBMED ve TR-Dizin veri tabanları kullanılarak taranmıştır. Tam metnine erişilemeyen, araştırma makalesi olmayan ve çalışma yaşamına dair veri içermeyen makaleler dışlanmıştır. Tüm makaleler; makalenin adı, özeti, yazarları, yayınlanma yılı, yayınlandığı dergi, DOI numarası, araştırmanın türü/metodu, araştırmanın yapıldığı yer, araştırmanın amacı, araştırmanın değişkenleri, örnek seçim yöntemi gibi özellikler bakımından veri toplama aracı ile toplanmıştır. Araştırmaya dahil edilecek makaleler için PICO kriterleri dikkate alınmıştır. Makalelerin seçiminde başlık, özet ve tam metin baz alınmıştır. Makalelerin seçimi 2 araştırmacı tarafından özetler okunarak yapılmıştır. Araştırmanın etik kurul onayı Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 2024/32-12 sayılı karar ile alınmıştır.

Bulgular

Veri tabanlarından toplam 534 makaleye ulaşılmıştır. Başlık ve özetler tarandıktan sonra 90 makale kalmış, tam metin üzerinden yapılan değerlendirme sonucunda ise sistematik derlemeye 22 makale dahil edilmiştir. Bunlarda 6'ı kesitsel, 4'ü tanımlayıcı, 12 tanesi ise nitel tasarımlara sahiptir. Çalışmalarda toplam 3 bin 715 kişiye ulaşılmıştır. Bunlardan %30,1'i kadın, %69,9'u erkeklerde oluşmaktadır. Yaş değişkeni çalışmalarda farklı şekillerde sunulsa da göçmen işçiler çoğunlukla gençlerden oluşmaktadır. (20-30 yaş). Dört çalışma ülke genelindeki Suriyeli nüfusa yönelik yapılmışken yedi tanesi İstanbul'da, üç tanesi İzmir'de; Şanlıurfa, Gaziantep ve Mersin'de ise ikişer tane çalışma yapmıştır. Diğer çalışmalar ise Manisa, Konya, Elazığ ve Adıyaman'da yapılmıştır. Bu şehirler Suriyeli göçmenlerin en çok barındığı şehirlerdendir. Göçmenlerin sırasıyla hizmet sektörünün nitelik aramayan çeşitli alanlarında, tekstil, inşaat, sanayi, tarım ve kayıt dışı ekonomide çalıştıkları görülmüştür. Dört çalışma çocuk işçiler, dört çalışma ise kadın işçiler bağlamında göçmen işçilerin çalışma koşullarını incelemiştir. Araştırmanın bulgularına göre Suriyeli göçmen işçilerin çalışma yaşamında en çok karşılaştığı sorunlar, kayıt dışı ve güvencesiz çalışma, düşük ücretler, uzun çalışma saatleri, ayrımcılık ve sağlıksız çalışma ortamlarıdır. Kadınlar ve çocuklar bu maruziyetleri en yüksek seviyede yaşayan gruplardır. Çocuklar, çok küçük yaşlardan itibaren kötü koşullarda çalışmak durumunda kalmaktadır. Bunların yanında kişilerin eğitim düzeyi, dil becerileri, cinsiyet ve yaşları iş yaşamındaki konumlarını etkilemiştir. Suriyeli göçmen işçilerin barınma ve yaşam koşulları çalışma koşullarına benzer olarak sağlıksız ve güvenlikten uzak bölgeler olmuştur.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmanın dikkat çeken bulgularından biri 'çalışma koşulları, ilişkileri ile bireysel, toplumsal ve yaşanan çevre' gibi özelliklerin yeterince irdelenmesine karşın 'çalışma ortamının' en az irdelenen başlık olmasıdır. Göçmenlerin 3D diye tarif edilen pis, tehlikeli ve küçük düşürücü işlerde çalıştığı kabul edilmektedir. Dolayısıyla en çok fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal risklerle karşılaşmaları beklenmektedir ancak buna ilişkin yeteri kadar veri bulunamamıştır. Bunun bir nedeni bu alanda çalışan araştırmacılarla veri paylaşılmaması ve işyerlerindeki kayıtsız çalışma koşulları olabilir. Göçmen işçiler çalışma yaşamının ayrılmaz bir parçasıdır. Bu nedenle göçmenliğin kendine özgü koşulları göz ardı edilmeden, onların ihtiyaçlarını karşılayan politikaların geliştirilmesi ve sağlıklı, güvenli çalışma ortamlarının sağlanması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Göçmen işçi, göçmen sağlığı, Suriyeli işçi

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S123]
İZMİR BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİNDE GÖÇMENLERLE ÇALIŞAN PSİKOSOSYAL DESTEK PROFESYONELLERİNİN ÇALIŞMA YAŞAMI İLE İLGİLİ RİSK FAKTÖRLERİ VE BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİ ÜZERİNE NİTEL BİR ÇALIŞMA

***İbrahim Erol*, Ceyda Şahan**
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Göçmenlerle çalışan psikososyal destek profesyonelleri; travma, kayıp, belirsizlik ve uyum süreçleri yaşayan bireylere destek sağlarken aynı zamanda bu süreçlerde bir çalışan olarak farklı iş sağlığı ve güvenliği sorunlarıyla karşılaşma riskine sahiptirler. Özellikle göçmenlerin bulundukları ülkelerde yaşadıkları özgün sorunların çözümlerinin zorlu olmasının duygusal yükünü ve çalışma ortamında buna özgü psikososyal risklerinin olduğu düşünülmektedir. Bu araştırma, göçmenlerle çalışan psikososyal destek profesyonellerinin mesleki deneyimlerini incelemekte olup çalışma yaşamlarına ilişkin risk faktörlerini ve bu risklerle başa çıkma stratejilerini ortaya çıkarmayı amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem

Araştırma, Ağustos 2024-Ağustos 2025 tarihleri arasında İzmir Büyükşehir Belediyesi'nde gerçekleştirilmiştir. Çalışmada, nitel araştırma yöntemlerinden fenomenolojik desen kullanılmış ve katılımcılara kartopu yöntemi ile ulaşılmıştır. Araştırmanın evrenini, İzmir Büyükşehir Belediyesi bünyesinde travma mağduru göçmenlerle çalışan ruh sağlığı ve psikososyal destek profesyonelleri oluşturmaktadır. Örneklem grubu, göçmenlerle doğrudan çalışan psikolog, sosyal hizmet uzmanı, psikolojik danışman ve sosyologlardan meydana gelen 11 profesyonelden oluşmuştur. Kurumdaki psikososyal destek profesyonellerinin sayısının yaklaşık 200 olduğu tahmin edilmekle birlikte kaçının doğrudan göçmenlerle çalışma deneyimine sahip olduğu araştırma öncesinde net olarak bilinmemektedir. Bu nedenle katılımcılara kartopu yöntemi ile ulaşılmıştır. Kurumsal yapının dağınık olması; farklı daire başkanlıkları ve müdürlüklerde görev yapan profesyonellere doğrudan ulaşmayı güçleştirmiştir. Araştırmada örnek büyüklüğü hesaplanmamıştır. Veriler yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme tekniği ile yüz yüze ve çevrimiçi görüşmelerle toplanarak tematik içerik analizi yöntemi ile çözümlenmiştir. Araştırmanın etik kurul onayı Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır.

Bulgular

Araştırmada; psikolojik yük, göçmenlerle çalışmaya özgü yapısal zorluklar, hizmet sunumunda sistemsel sorunlar ve başa çıkma stratejileri olmak üzere dört ana tema ve 14 alt tema ortaya çıkmıştır. Katılımcıların çoğu göçmenlerle çalışmanın duygusal açıdan zorlayıcı olduğunu belirtmiştir. Duygusal yıpranma ve empatik yük en sık dile getirilen konular olmuştur. Danışanların travmatik öykülerine uzun süre maruz kalmak çalışanlarda ikincil travma, tükenmişlik belirtilerinin gelişmesine neden olmuştur. Ayrıca kadın çalışanlar, kadın danışanlarla kurdukları empatik bağın daha yoğun ve zorlayıcı olduğunu ifade etmişlerdir. Katılımcılar iş stresi, ekonomik kaygılar ve mesleki yeterlilik kaygısı yaşadıklarını; bu durumun mesleki motivasyonlarını olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir. Çalışanların bir kısmı; iş hayatında ve sosyal çevresinde göçmenlerle çalışıyor olmaktan kaynaklı kendilerinin de ayrımcılığa maruz kaldığını ifade etmişlerdir. Katılımcılar, göçmenlerle çalışmanın en büyük zorluğunun dil, iletişim ve değer yargıları bariyerleri olduğunu dile getirmişlerdir. Tercümanların eğitiminin yetersiz olması, kültürel farklılıklar ve toplumsal cinsiyet rolleri gibi faktörlerin danışan ile danışman arasındaki ilişkiyi zorlayıcı hale getirdiği vurgulanmıştır. Ayrıca göçmenlerin savaş travması, kalıcılık belirsizliği, eğitim düzeyi, adaptasyon güçlükleri gibi etkenler müdahale sürecini zorlaştırmaktadır. Katılımcılar hizmet sunumu sürecinde yapısal ve politik engellerle karşılaştıklarını dile getirmişlerdir. Mevzuata uyum zorlukları, kurumsal politikaların yetersizliği ve bütçe kısıtları gibi faktörlerin psikososyal destek çalışmalarının sürdürülebilirliğini

ve mesleki etkinliği azalttığı belirtilmiştir. Ayrıca psikososyal destek profesyonellerinin tanınırlığının düşük olması, rol belirsizliği, insan kaynağı yetersizliği ve fiziksel alan yetersizlikleri mesleki etkinliği sınırlayan diğer etmenler arasında gösterilmiştir. Katılımcılar yaşadıkları bu zorluklarla ve stresle baş edebilmek için çeşitli bireysel başa çıkma stratejilerine ve kurumsal destek mekanizmalarına başvurduklarını ifade etmişlerdir. İş dışı sosyalleşme, fizik aktivite, duygularını bastırma ve istifa etme gibi bireysel başa çıkma stratejileriyle sorunlarını çözmeye çalıştıklarını belirtmişlerdir. Bunun yanında akran desteği, profesyonel psikolojik destek ve süpervizyon gibi kurumsal destek mekanizmaları koruyucu faktörler olarak ortaya çıkmıştır. Ayrıca göçmenlerin minnet duygusu, mesleki gelişim ve iş doyumunun çalışanların motivasyonunu ve dayanıklılığını güçlendirdiği görülmüştür.

Sonuç ve Öneriler

Bulgular, göçmenlerle çalışan psikososyal destek profesyonellerinin çok boyutlu zorluklar içinde çalıştıklarını ve hem bireysel hem de kurumsal düzeyde destek mekanizmalarına ihtiyaç duyduklarını göstermektedir. Çalışanların yaşadıkları zorlukların bireysel, kurumsal ve sistemsel düzeyde ele alınması sağlık ve sosyal hizmet sunumunun kalitesini arttırabilir. Katılımcıların dile getirdiği duygusal zorlanma ve ikincil travma belirtileri göz önüne alındığında düzenli profesyonel psikolojik destek ve süpervizyon desteği çalışanların iyilik halini ve hizmet kalitesini arttırması açısından önemlidir. Dil ve değer yargıları bariyerlerine yönelik olarak tercümanların donanımına ve sayısına ilişkin standartlar geliştirilmelidir. Ayrıca psikososyal destek profesyonellerinin kurumsal tanınırlığının artırılması ve görev tanımının netleştirilmesi mesleki statüsünü güçlendirebilir. Kadın danışanlarla kurulan empatik ilişkilerle ilgili olarak toplumsal cinsiyet temelli eğitim ve uygulamalar geliştirilebilir. Güvenli ve mahremiyeti sağlayan çalışma ortamları ve yeterli personel istihdamı hizmet kalitesini arttırabilir. Mevzuat uyumsuzlukları ve politika yetersizlikleri; iş yaşamı zorluklarını arttırdığından politika yapıcılar göçmenlere yönelik hizmetleri bütüncül bir yaklaşımla ele almalıdır. Bu bağlamda yerel yönetimler, kamu kurumları ve sivil toplum kuruluşları arasında koordinasyon artırılmalı ve çalışma yaşamındaki ihtiyaçlarla uyumlu mekanizmalar geliştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Psikososyal riskler, başa çıkma, göçmen

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S124]
TÜRKİYE İŞ KURUMU (İŞKUR) GENÇLİK PROGRAMINA KATILAN ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE İŞ SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI DÜZEYİ

***Hasan Durmuş*[1], *Tuğba Coşkun Aslan*[1], *Bora Karadağ*[1], *Ömer Torun*[2], *Arda Borlu*[1]**
[1]*Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[2]*Erciyes Üniversitesi İş Sağlığı ve Güvenliği Koordinatörlüğü*

Giriş-Amaç

İş sağlığı okuryazarlığı, bireylerin iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili bilgiyi edinme, anlama, değerlendirme ve uygulama becerilerini ifade eder. Özellikle genç yetişkinler, iş yaşamına yeni adım atan veya geçici istihdam edilen gruplar olarak iş sağlığı risklerine karşı savunmasız olabilmektedir. Bu nedenle gençlerde iş sağlığı okuryazarlığının değerlendirilmesi, iş kazalarını önlemede ve güvenli davranış geliştirmede önemlidir. Bu çalışma, İŞKUR Gençlik Programı kapsamında geçici süreli olarak istihdam edilen üniversite öğrencilerinin iş sağlığı okuryazarlığı düzeylerini belirlemeyi ve bu düzeylerin sosyo-demografik değişkenlerle olan ilişkisini incelemeyi amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem

Bu tanımlayıcı ve kesitsel çalışma, İŞKUR Gençlik Programı'na katılan ve üniversite öğrenimini sürdüren 1058 öğrenci çalışma kapsamına alınmış olup 682 çalışmaya katılmıştır. Katılımcılar, 18.06.2025 tarihli [Etik Kurul Onayı: Karar No 2025/318] sonrasında çevrim içi anket yoluyla 20 Haziran – 20 Temmuz 2025 arasında gönüllü olarak veri toplamaya katılmışlardır. Anket, iş sağlığı okuryazarlığına ilişkin toplam puan ve dört alt boyutu (bilgiye erişme, anlama, değerlendirme ve kullanma) içermektedir. Veriler SPSS 25 programı ile analiz edilmiş; tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra gruplar arası karşılaştırmalar için t-testi ve ANOVA kullanılmıştır. Kullanılan İş Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği, Yıldırım ve Akyol (2019) tarafından geliştirilmiş olup 3'lü Likert tipiyle yanıtlanan 38 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 38 ile 114 arasında değişmektedir. Ölçek dört alt boyuttan oluşmaktadır: bilgiye erişim, bilgiyi anlama, bilgiyi değerlendirme ve bilgiyi kullanma

Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin %56,9'u kadın (n=388), %43,1'i erkek (n=294) olup yaş ortalaması 21,4 ± 2,2'dir. Katılımcıların %2,5'inde kronik hastalık mevcutken, %37,8'i daha önce sigortalı olarak çalışmıştır. Öğrencilerin %56,5'i (n=385) daha önce iş sağlığıyla ilgili herhangi bir eğitim aldığını belirtmiştir. İş sağlığı okuryazarlığı toplam puanının medyanı 86, çeyrekler arası açıklığı (IQR) 21 olarak hesaplanmıştır. Alt boyutlara göre medyan değerler; bilgiye erişim 14, bilgiyi anlama 37, bilgiyi değerlendirme 8 ve bilgiyi kullanma 26'dır. Minimum gözlenen puan 56, maksimum puan ise 114'tür. Alt boyutlara göre en düşük medyan puan, bilgiyi değerlendirme alanında (Medyan=8) gözlenmiştir. Bu durum, öğrencilerin iş sağlığına ilişkin bilgileri eleştirel değerlendirme becerilerinin görece düşük olduğunu düşündürmektedir. Cinsiyet (Kadın: 86 [IQR=21], Erkek: 87 [IQR=22], p=0,111) ve kronik hastalık durumu (Yok: 86 [IQR=21], Var: 85 [IQR=18], p=0,558) iş sağlığı okuryazarlığı düzeyinde anlamlı bir fark oluşturmamıştır. Sigortalı olarak çalışan öğrenciler (89 [IQR=21]) ile çalışmayanlar (84 [IQR=20]) arasında anlamlı fark bulunmuştur (p=0,000). Benzer şekilde, daha önce iş sağlığı eğitimi almış öğrencilerin puanı (89 [IQR=21]), almamış olanlardan (84 [IQR=20]) anlamlı düzeyde yüksektir (p=0,000). Ekonomik durumu kötü olanların medyan puanı 84 (IQR=19), orta düzeyde olanların 86 (IQR=21) ve iyi durumda olanların 88 (IQR=23) olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında genel fark anlamlıdır (p=0,008); post-hoc karşılaştırmalarda yalnızca kötü ve orta gelir grubu arasında fark gözlenmiştir (p=0,007). Sınırlılıklar: Bu çalışma, tek merkezli ve öz bildirime dayalı verilerle yürütülmüş olup, sonuçlar tüm üniversite öğrencilerine genellenemez. Ayrıca çapraz kesitsel tasarım nedeniyle nedensel ilişki kurulması mümkün değildir.

Sonuç ve Öneriler

İŞKUR Gençlik Programı'na katılan üniversite öğrencilerinin iş sağlığı okuryazarlığı düzeyleri genel olarak yüksektir. Bu düzeyler, özellikle ekonomik durum ve çalışma deneyimi gibi faktörlerle ilişkilidir. Bu bağlamda, iş sağlığı eğitiminin yalnızca teorik değil, uygulamalı deneyimlerle desteklenmesi önerilmektedir. Ayrıca İŞKUR eğitim modüllerine iş sağlığı okuryazarlığı bileşenlerinin eklenmesi faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Genç işgücü, iş sağlığı okuryazarlığı, sağlık eğitimi

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S125]
DEMİR-ÇELİK SANAYİ ÇALIŞANLARININ İŞ KAZALARI VE DEMOGRAFİK ANALİZLERİ

***Didemnur Doğan*, Ali Ayberk Arıcan, Nergiz Sevinç, Erkay Nacar, Bora Çekmen**
Karabük Tıp Fakültesi

Giriş-Amaç

Karabük, Türkiye'nin demir-çelik sanayisinin merkezi olup iş kazalarının en sık görüldüğü sektörlerden birine ev sahipliği yapmaktadır. Bu çalışmada, Karabük'te acil servise başvuran demir-çelik sanayisi çalışanlarının iş kazalarının demografik özelliklerini, yaralanma mekanizmalarını, acil servis maliyetlerini ve sağlık çıktılarını değerlendirmek amaçlandı.

Gereç-Yöntem

Bu tanımlayıcı kesitsel çalışma, 1 Mayıs 2024-1 Mayıs 2025 tarihleri arasında Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'ne iş kazası nedeniyle başvuran demir-çelik sanayisi çalışanları üzerinde yürütüldü. Dahil edilme kriteri olarak 18 yaş üstü, demir-çelik sanayisinde çalışan ve dosyasında eksik veri bulunmayan olgular alındı; diğer sektörlerde çalışanlar dışlandı. Veriler, hasta dosyaları ile adli vaka formlarının retrospektif incelenmesiyle elde edildi. Bu dönemdeki 3799 iş kazasına dair başvurunun 764'ü demir-çelik sanayisi çalışanlarına aitti. Toplanan verilerde çalışanların, sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, ikamet edilen bölge), olayın gerçekleştiği zaman, acil servis ilk başvuru sonlanım durumu, yaralanmanın oluş mekanizması ve anatomik bölgesi, acil servis maliyetleri, lezyonların tıbbi sonuçları, hayati tehlike bulgusu ve yatış bilgileri kaydedildi. Verilerin analizinde SPSS 26.0 paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistiklerde sürekli değişkenler medyan (min–maks), kategorik değişkenler sayı ve yüzde (%) olarak verilmiştir. Verilerin karşılaştırılmasında, ki-kare, Mann–Whitney U, Kruskal–Wallis ve Spearman korelasyonu uygulandı. Anlamlılık düzeyi p<=0,05 olarak kabul edildi. Çalışma için Karabük Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (21.02.2025; E:2025/2301) alındı.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen 764 olgunun medyan yaş değeri 36 (min-maks=18–68) idi. İş kazaları en sık 25–34 yaş grubunda (%29,6) ve 1. vardiyada (08:00–16:00) (%50,3) görüldü. Başvuruların %85,3'ü Karabük merkezden olup olguların %99,3'ünü erkek çalışanlar oluşturdu. Haftalık dağılımda en yüksek başvurunun cuma günü (%21,1), en düşük başvurunun pazar günü (%6,4) gerçekleştiği görüldü. Aylara göre en sık olgu Mayıs (%15,8) ayında izlendi. Mekanizma açısından künt yaralanmalar (%59,0) ve penetran yaralanmalar (%19,0) ilk sıralarda yer alırken, en sık etkilenen bölge üst ekstremiteler (%43,8) oldu. Çalışmadaki vakaların acil servis maliyetlerinin medyanı 197 TL (min–maks=71–7.288) bulundu. Olguların %97,0'ı taburcu edilmiş olup %83,1'inde basit tıbbi müdahalenin yeterli olduğu, yalnızca %0,4'ünde hayati tehlike durumunun mevcut olduğu belirlendi. Analizlerde yaş grupları ile yaralanma mekanizmaları arasında anlamlı ilişki vardı (p=0,025); 18–24 yaşta yanık ve elektrik, 25–34 yaşta zehirlenme, ileri yaşlarda ise penetran yaralanmaların daha sık olduğu görüldü. Yaralanma mekanizması ile lezyonların tıbbi sonuçları da ilişkiliydi (p=0,003); penetran yaralanmalarda "Basit tıbbi müdahale ile giderilemez" oranı (%24,8) diğerlerine göre daha yüksekti. Vardiya ile anatomik bölge dağılımı incelendiğinde, 1. vardiyada (08:00–16:00) üst ekstremite yaralanmaları ön planda iken, batın–pelvis yaralanmaları görece daha sık 2. vardiyada (16:00–24:00) izlendi (p=0,036). Maliyetler de mekanizmaya göre farklılık gösterdi; künt ve penetran yaralanmalar yanıklara göre daha yüksek maliyetliydi (p<0,001). Yaş arttıkça, maliyetin ve "Basit tıbbi müdahale ile giderilemez" oranının yükseldiği izlendi (sırasıyla; r=0,163, p<0,001; p=0,007).

Sonuç ve Öneriler

Demir–çelik iş kazaları en sık genç–orta yaş erkeklerde, 1. vardiyada (08:00–16:00) ve künt yaralanmalar şeklinde görülmektedir. İleri yaş, penetran yaralanmalar ve toraks–sırt/alt ekstremite yaralanmaları daha yüksek maliyet ve ağır sonuçlarla ilişkilidir. Mayıs ayındaki artışın olası nedenlerinden biri olarak toplu yemek tüketimi değerlendirilebilir; bu durum gıda hijyeni denetimlerinin önemini ortaya koymaktadır. İş kazalarının önlenebilmesi için iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin düzenli olarak yapılması ile denetim ve farkındalığın artırılması önemlidir. Ayrıca vardiya düzenlemelerinde kişisel özelliklerin dikkate alınması ve koruyucu önlemlerin ön planda tutulması gerekmektedir. Çalışmanın sınırlılıkları arasında maliyet analizinin yalnızca kamu hastanesi verilerine dayanması, özel sektör harcamaları ve iş gücü kayıplarının dahil edilmemesi ile tek merkezli olması yer almaktadır.

Anahtar Kelimeler: Demir-çelik, acil servis, iş kazaları

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S126]
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU VERİLERİNE GÖRE TÜRKİYE'DE 2015-2024 YILLARINDA GERÇEKLEŞEN İŞ KAZALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Duygu Kavuncuoğlu[1], Esra Daharlı[2]
[1]Balıkesir İl Sağlık Müdürlüğü
[2]Erzurum Yakutiye İlçe Sağlık Müdürlüğü

Giriş-Amaç

İş kazaları tüm dünyada önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. İş kazalarının boyutu küçük yaralanmalardan yaşamı tehdit eden durumlara kadar değişkenlik gösterebilir. İnsan hayatına, üretkenlik kaybına ve dolaylı mali kayıplara neden olabilirler. Uluslararası çalışma örgütüne göre 2023 yılında dünya çapında 395 milyon işçinin ölümcül olmayan nitelikte iş kazası geçirdiği tahmin edilmektedir. Tüm dünyada 2023 yılında 330 000 insan iş kazasına bağlı nedenlerle hayatını kaybetmiştir ve bu durum çalışan sağlığı ve güvenliğini alanındaki sorunun küresel düzeyde boyutunu göstermektedir İş kazalarına dair mevcut durumun anlaşılması, önleme çalışmalarının planlanmasında öneme sahiptir. Bu çalışmanın amacı, Türkiye'de iş kazalarına ilişkin 10 yıllık verilerin değerlendirilmesidir.

Gereç-Yöntem

Çalışma, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun yayımladığı verilere dayanan tanımlayıcı bir araştırmadır. Türkiye'de 2015-2024 yılları arasında 5510 Sayılı Kanunun 4-1/a Maddesi Kapsamındaki sigortalıların yaşadığı iş kazaları yaş, cinsiyet, ekonomik faaliyet kolu, yaralanma türü, kazanın gerçekleştiği ay, kazanın gerçekleştiği saat, iş yerindeki çalışan sayısı ve son işveren nezdindeki çalışma süresi açısından değerlendirilmiştir. İstatistiksel analiz SPSS 24.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Kategorik veriler için sayı ve yüzde değerleri hesaplanmıştır. İş kazası sıklık hızı; İKS/(PTEGS*8)*1 000 000 formülüyle (1 000 000 iş saati başına) ve İKS/(PTEGS*8)*225 000 (100 çalışan başına) formülüyle hesaplanmıştır (İKS:İş kazası sayısı, PTEGS:Toplam prim tahakkuk eden gün sayısı, 225 000= tam gün çalışan 100 sigortalının haftada 45 saat, yılda 50 hafta çalıştığı kabul edilerek yapılan hesap sonucu bulunan bir değerdir). Ölümlü iş kazası sıklık oranı ölümlü iş kazası sayısının sigortalı çalışan kişi sayısına oranı ile bulumuştur. Sektörlere göre iş kazası sıklık oranı ilgili sektörde gerçekleşen iş kazası sayısının sigortalı işçi sayısına oranı ile hesaplanmıştır. Diğer yüzde hesaplamaları SGK kayıtlarında yer alan iş kazası sayılarına göre görece yüzdeleri temsil etmektedir.

Bulgular

Türkiye'de Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) verilerine göre son on yılda toplam 4639932 iş kazası yaşandı. İş kazası sonucunda 14971 kişi hayatını kaybetti. Yıllara göre iş kazası sayıları ve iş kazası sıklık hızları Tablo 1'de, yıllara göre ölümlü iş kazası sıklık oranları Tablo 2'de yer almaktadır.

Kaza geçirenlerin % 80,3'ü (n=3724667) erkekti. İş kazası geçirenlerin % 43,7'si (n=2028654) 14-29 yaş aralığındayken, % 0,9'u (n=40126) 60 yaş ve üzerindeydi. Sağlık durumu açısından % 57,4'ü (n=2667180) kaza günü çalışır durumda iken, %26,8'ine (n=1247236) kaza nedeniyle 3 günden uzun süreli iş görmezlik raporu verilmişti. İş kazalarının % 9,8'i (n=454662) 11:00-11:59 saatleri arasında; % 9,3'ü (n=433548) 10:00-10:59 saatleri arasında gerçekleşmişti. Ağustos % 9,4 (n=438620) ve temmuz ayı % 9,3 (n=432182) ile iş kazalarının en sık görüldüğü aylardı. Son iş veren nezdindeki çalışma süresine göre dağılımlar incelendiğinde, % 0,3'ü (n=14662) ilk gün kaza geçirmiş iken, % 39,3'ü (n=1825017) 10 yıldan uzun süredir aynı iş yerinde çalışmaktaydı. İş kazası nedeniyle yaşamını yitirenlerin % 1,2'si (n=183) ilk iş gününde kaza geçirmiş, % 33,5'i (n=5016) 10 yıldan uzun süredir son iş yerinde çalışmaktaydı. İş kazalarının % 25,0'i (n= 1162072), ölümle sonuçlanan iş kazalarının % 57,0'si (n= 8536) 50'den az çalışanın olduğu iş yerlerinde gerçekleşmişti. Yaralanmanın türüne göre, en sık % 41,7 (n=1934772) ile "yaralar ve yüzeysel yaralanmalar", ardından %27,9

(n=1295220) ile "yaranın türü bilinmeyen" ve "diğer başlıklar altında içerilmeyen" grup yer almaktaydı. Görece yüzdelere bakıldığında en çok kazanın gerçekleştiği ekonomik faaliyet kolu %7,0 (n=325627) ile binaların inşaatı, ardından % 5,9 (n=275589) ile fabrikasyon metal ürünleri imalatıydı. Ancak iş kazası sıklık oranına bakıldığında (sigortalı çalışan sayısına göre, 100 kişide) tüm yıllarda en yüksek oran (33,63-18,34) kömür ve linyit çıkartılması sektöründe bulundu.

Sonuç ve Öneriler

Çalışmamızda elde edilen bulgulara göre Türkiye'de son on yılda SGK istatistiklerine yansıyan iş kazalarında; yaralanmaların büyük çoğunluğunun 30 yaş altı genç grupta yaşandığı, yaklaşık dörtte birinin 3 günden uzun süreli iş günü kaybına neden olacak ölçüde çalışan sağlığını etkilediği görülmektedir. Ayrıca iş kazalarının yaklaşık dörtte birinde meydana gelen yaralanma tanımlanmamıştır. İş kazalarının bildirimleri konusunda eksiklikler biliniyor olmakla birlikte bu durum bildirimlerin uygun ve doğru şekilde yapılması konusunu gündeme getirmektedir. Çalışma SGK kayıtlarına dayalı bir analizdir. Bu veriler sadece bildirimi yapılan vakaları içerdiğinden; kayıt dışı istihdam, bildirim ve sınıflandırma eksiklikleri yüzde dağılımlarının gerçeği yansıtmasında, yorum ve analizlerde sınırlılık oluşturmaktadır. Ülkemizde, 2012 yılında kabul edilen 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile iş kazalarının önlenmesi ve en aza indirgenmesi konusunda çok önemli bir adım atılmıştır. Ancak mevcut veriler iş kazalarıyla mücadelede önemli kazanımlar elde etmek için yasal veya teknik bir uygulamalarla birlikte duruma bir bütün olarak bakılması gerektiğini ve iş güvenliği kültürünün yerleşmesinin önemini göstermektedir. 6331 sayılı Kanuna göre; tehlikeli sınıfta yer alan işyerleri ile 50'den fazla işçi çalıştıran az tehlikeli sınıfta yer alan işyeri için iş güvenliği uzmanı ve işyeri hekimi bulundurma zorunluğu başlamıştı. Elliden az çalışanı olan ve az tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde ise; iş güvenliği uzmanı ve işyeri hekimi bulundurma zorunluluğu, 28 Aralık 2023 tarihli ve 32413 Sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan 7491 Sayılı Kanun gereğince 31.12.2024 tarihine ertelenmişti. Ölümle sonuçlanan iş kazalarının yarısından fazlasının 50 çalışandan daha az sayıda çalışanın bulunduğu iş yerlerinde gerçekleşmiş olması yapılan mevzuat değişikliklerinin önemini ve hassasiyetle uygulanması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: İş kazası, iş sağlığı, iş güvenliği

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S127]
DOĞANKENT SAĞLIK, EĞİTİM & ARAŞTIRMA BÖLGESİNDE ÇALIŞAN YETİŞKİNLERDE İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ RİSKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

***Ayça Nur Arslanpınar*, Ferdi Tanır, Burak Mete**
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

İş sağlığı ve güvenliği (İSG) çalışan kişilerin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halini koruyup, geliştirmeyi hedefleyen sistemli ve bilimsel bir alandır. Çalışmak, insanın temel ihtiyaçlarını karşılamak için yürüttüğü bir uğraştır. İnsanlık tarihi boyunca ekonomik ve sosyal yaşamın merkezinde yer almıştır. Sanayileşme ve teknolojik gelişmelerle birlikte üretim süreçlerinde ortaya çıkan yeni riskler, çalışanların sağlığını tehdit eden önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Uzun çalışma saatleri, ağır fiziksel koşullar, ergonomik yetersizlikler, iş güvencesizliği ve düşük farkındalık düzeyleri, çalışan sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle çalışan bireylerin iş sağlığı ve güvenliği konusundaki bilgi, farkındalık ve tutum düzeylerinin belirlenmesi halk sağlığı açısından önem taşır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu Aile Sağlığı Merkezleri (ASM), toplumun farklı sosyoekonomik kesimlerine ulaşabilen önemli sağlık kuruluşlarıdır. Bu merkezlere başvuran yetişkin bireylerin çalışma ve sağlık durumlarının değerlendirilmesi, İSG farkındalığın artırılması açısından önemlidir. Çalışmamızda, kişilerin iş yaşamı ve sağlık durumları arasındaki ilişkilerinin ortaya konması, İSG açısından risklerin belirlenmesi ve toplum düzeyinde koruyucu sağlık hizmetlerine katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Kesitsel tipteki araştırmanın evrenini, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Sağlık Eğitim ve Araştırma Bölgesinde kayıtlı Eylül-Ekim 2025'te aile sağlığı merkezine başvuran 18-65 yaş çalışan yetişkinler oluşturmaktadır. Openepi menü kullanılarak p = %50 hata payı d= %5 ve design effect: 1 alınarak yapılan örneklem hesabı ile minimum örneklem sayısı 385 bulunmuş, kolayda örneklem yöntemiyle 418 kişiye ulaşılmıştır. Eksik veri, tutarsız yanıt veya uygunluk kriterlerini karşılamayan anketler değerlendirme dışı bırakılmış, analizler 273 anket üzerinden yapılmıştır. Anket, yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Ankette katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, çalışma ortamlarında uyarı levhaları, kişisel koruyucu ekipmanlar, iş kazası öyküsü, işyerinde maruziyet, işle ilişkili sağlık sorunları ve işe bağlı rahatsızlıklar sorulmuştur. Bağımlı değişken katılımcıların iş sağlığı ve güvenliği konusundaki farkındalık durumlarıdır. Farkındalık durumu, anket formundaki "İSG kurallarına uyma", "Kişisel koruyucu ekipman kullanma" gibi sorular aracılığıyla değerlendirilmiştir. Bağımsız değişkenler cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleki deneyim süresi, sosyal güvence varlığı, iş kazası geçirme, koruyucu ekipman kullanımı ve işle ilişkili sağlık sorunlarıdır. Katılımcıların çalıştıkları iş yerleri, "İş Yeri Tehlike Sınıfları Tebliği" esas alınarak az tehlikeli, tehlikeli ve çok tehlikeli olarak sınıflandırılmıştır. Analizler SPSS 22'de yapılmıştır. Nitel veriler sayı, yüzde olarak; nicel veriler standart sapma, medyan olarak verilmiştir. Analizlerde ki-kare testi ve binary lojistik regresyon kullanılmıştır. $p < 0.05$ değeri istatiksel olarak değerli kabul edilmiştir. Etik kurul ve kişisel onamlar alınmıştır.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen 273 katılımcının yaş ortalaması 40,06±11,43 (median:39, min:18-max:64)'dir. Katılımcıların %78'i erkek, %30,4'ü lise mezunu, %74'ü evli, %81,3'ü sosyal güvenceye sahiptir. Araştırmamıza katılanların %53,1'i tehlikeli sınıf iş grubunda çalışmaktadır ve %57,5'i 11 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahiptir. Kişisel koruyucu ekipmanı kullanımı en sık "kullanmıyorum" (%44,7) olarak yanıtlanmıştır. Katılımcıların %49,5'i İSG kurallarına uymanın iş kazalarını önleyebileceğine "inanıyorum" yanıtını vermiştir. %54,9'u çalışma ortamında uyarı levhalarını "yeterli" bulmaktadır. Çalışanların %68,5'i hiç iş kazası geçirmediğini, %79,1'i iş yeri riskine bağlı hastane başvurusu yapmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %74,4'ü işini fiziksel olarak zorlayıcı

bulmuştur. Birçok yerde olduğu gibi erkeklerin daha çok "tehlikeli" (%82,1) işlerde, kadınların ise daha çok "az tehlikeli" işlerde (%28,3) çalıştığı belirlenmiştir. Tehlike grubu ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p = 0,039). Hemen her yerde olduğu gibi erkek çalışanların iş yaşamında fiziksel riski daha yüksek sektörlerde çalıştığını göstermektedir. Az tehlikeli işlerde ise katılımcıların %64,2'si ekipman kullanmadığını belirtmiştir. Çalışma grubumuzda, tehlike grubu ile kişisel koruyucu ekipman (KKE) kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0,001). Az tehlikeli iş grubunda çalışanların %35,8'i, tehlikeli iş grubunda çalışanların %69'u KKE kullanmaktadır. Tehlike grubu ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<0.001). Az tehlikeli iş grubunda çalışanların %63,3'ü lise ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir. Tehlikeli iş grubunda çalışanların %61,4'ü lise altı eğitim düzeyindedir.

Lojistik regresyon analizinde, tehlike grubu (p=0,002) ve titreşim maruziyeti (p=0,018) değişkenlerinin iş kazası geçirme olasılığını anlamlı biçimde arttırdığı belirlenmiştir. Tehlike grubunun iş kazası geçirme olasılığını yaklaşık 2,7 kat (OR=2,691, p=0,002), titreşim maruziyetinin ise 2,5 kat (OR=2,515, p=0,018) artırdığı saptanmıştır.

Sonuç ve Öneriler

Çalışmamız katılımcılarında, lise altı eğitim düzeyine sahip, erkek ve evli çalışanların daha çok tehlikeli işlerde çalıştığı, tehlikeli ve çok tehlikeli sınıf işyerlerinde çalışanlarda KKE kullanımının arttığı saptamıştır. İş kazası geçirme riskini artıran temel faktörlerin çalışılan işin tehlike düzeyi ve iş yeri ortamı faktörlerinden titreşim maruziyeti olduğu belirlenmiştir. Bulgularımıza göre çalışanlara yönelik İSG eğitimlerinin artırılması, KKE kullanımının özendirilmesi, tehlikeli ve çok tehlikeli sınıf iş yerlerinde denetimlerin sıklaştırılması ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde İSG danışmanlığının güçlendirilmesin etkin olacağı kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: İş kazası, iş sağlığı ve güvenliği, işyeri, kişisel koruyucu ekipman, tehlike sınıfı

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S128]
BİR İNŞAAT ŞANTİYESİNDE ÇALIŞANLARIN İŞ GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNÜN NOSAQ-50 ÖLÇEĞİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Firdevs Büşra Korkmaz[1], Ayşe Emel Önal[2], Sevgi Canbaz[2]
[1]İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[2]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Bu çalışma, inşaat sektöründe çalışanların iş güvenliği kültürü algılarını NOSACQ-50 (İskandinav Güvenlik Kültürü Anketi) aracılığıyla değerlendirmek ve bu algının demografik özellikler, iş tatmini, eğitim düzeyi ve iş kazası deneyimiyle ilişkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç-Yöntem

Kesitsel tipte planlanan araştırma, İstanbul'da bir villa projesi şantiyesinde Kasım–Aralık 2023 tarihleri arasında yürütülmüştür. Evreni şantiyedeki tüm çalışanlar oluşturmuş (n=190), tamamına ulaşılması hedeflenmiş, tamamına ulaşılmış ve örneklem alınmamıştır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri NOSACQ-50 İskandinav Güvenlik Kültürü Anketinin toplam ve alt boyutlarının puanlarıdır.Bağımsız değişkenler ise sosyodemografik özellikler, sosyoekonomik değişkenler, işgörenlerin gerçekleştirdikleri işler ile alakalı birtakım özellikler, çalışma yaşamı süresince iş kazası yaşaması, bu işyerinde iş kazası yaşama, meslek yaşamı süresince ramak kala olaylar yaşama durumlarıdır. Veri toplama aracı olarak demografik bilgileri ve NOSACQ-50 anketini içeren yapılandırılmış bir form kullanılmıştır. Anketin 7 alt boyutu değerlendirilmiş, her biri 5'li Likert tipi ölçekle puanlanmıştır. Anketin bir kesim noktası bulunmamaktadır. Veriler normal dağılıma uymadığı için istatistiksel analizlerde Mann–Whitney U, Kruskal–Wallis ve Spearman korelasyon testleri uygulanmış, anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması 32 yıl (19–69) olup %79,5'i işyerinden memnundur. Çalışanların %5,8'i iş kazası geçirmiştir ve bunların %36,4'ü kazayı mevcut işyerinde yaşamıştır. NOSACQ-50 toplam puanı ortalama 3,37±0,42'dir. İş tatmini yüksek olan çalışanlar, özellikle "yönetimin güvenlik önceliği" ($p<0.001$), "yönetimin güvenliği desteklemesi" ($p<0.001$) ve "yönetimin güvenlik adaleti" ($p<0.001$) alt boyutlarında anlamlı biçimde daha yüksek puan almıştır. Eğitim düzeyi yükseldikçe güvenli davranışa yönelik tutum puanları artmıştır. Çalışma süresi beş yıldan fazla olan çalışanlarda, yönetimin güvenlik konularına yaklaşımına dair güven algısı daha olumludur. İşinden memnun olmayanlarda "çalışanların güvenliğe katılımı" ve "iletişim düzeyi" boyutlarında ortalamalar anlamlı olarak daha düşüktür. İş kazası öyküsü ile güvenlik kültürü arasında fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bulgular, güvenlik kültürünün en zayıf boyutunun çalışanlar arası güvenlik iletişimi, en güçlü boyutunun ise yönetimin güvenlik desteği olduğunu göstermektedir.

Sonuç ve Öneriler

İnşaat sektöründe güçlü bir güvenlik kültürü yönetim desteği, çalışan katılımı ve örgütsel adaletle yakından ilişkilidir. Eğitim düzeyi ve iş tatmini arttıkça güvenlik farkındalığı da yükselmektedir. Bununla birlikte, çalışma tek bir şantiyede ve özbildirime dayalı verilerle yürütüldüğü için sonuçların genellenebilirliği sınırlıdır. İş kazası sıklığının düşük olması bazı alt boyutlarda anlamlı farkların saptanmasını engellemiş olabilir. Bulgular, yöneticilerin güvenlik politikalarında açık iletişiminin, ödüllendirmeyi ve katılımcı yaklaşımı teşvik etmesinin güvenli davranışların sürdürülebilirliği açısından önemini ortaya koymaktadır. NOSACQ-50 ölçeği, işyerlerinde güvenlik kültürünü nicel olarak değerlendirmek ve gelişim alanlarını belirlemek için etkili bir

araç olup, elde edilen veriler inşaat sektöründe güvenli çalışma ortamlarının güçlendirilmesi için bilimsel bir temel sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Güvenlik yönetimi, iş güvenliği kültürü, inşaat sektörü, iş tatmini, NOSACQ-50

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S129]
İLKOKUL 1. SINIF ÖĞRENCİLERİNDE MALNÜTRİSYON VE HANE HALKI BESİN GÜVENCESİZLİĞİ İLİŞKİSİ

Fatma Nur Kızılkaya[1], Türkan Günay[2]
[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Malnütrisyon (yetersiz beslenme, fazla kiloluluk/obezite) ve bunun temel belirleyicilerinden biri olan Hane Halkı Besin Güvencesizliği (HHBG), çocuk sağlığını etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Besin güvencesizliği; besin alımını, kalitesini ve çocukların gelişimini olumsuz etkileyerek malnütrisyonun çifte yüküne yol açar. Bu araştırma, ilkokul 1. sınıf öğrencilerinde malnütrisyon türleri (bodurluk, fazla kiloluluk/obezite) ile HHBG arasındaki ilişkiyi ve sosyodemografik etmenleri kesitsel olarak değerlendirmeyi amaçlamıştır.

Gereç-Yöntem

Araştırma, İzmir ili Gaziemir ilçesindeki kamu ilkokullarında öğrenim gören 321 birinci sınıf öğrencisi ve annesiyle Nisan–Haziran 2023 arasında yürütülmüştür. Veriler, sosyodemografik bilgi formu, Hane Halkının Besine Erişebilirliği Anket Modülü-Kısa Formu (HFSSM-SF) ve standart antropometrik ölçümlerle toplanmıştır. Çocukların beslenme durumları Neyzi ve ark. referanslarına göre değerlendirilmiştir. Bodurluk, boya göre yaş Z-skoru; fazla kiloluluk ve obezite, BKİ persentil değerlerine göre sınıflandırılmıştır. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler, Ki-kare testi ve potansiyel karıştırıcı değişkenler (annenin eğitimi, hane halkı büyüklüğü, annenin BKİ'si) kontrol edilerek çok değişkenli lojistik regresyon kullanılmıştır. Etik kurul onayı alınmıştır.

Bulgular

Katılımcıların %50.2'si düşük veya çok düşük düzeyde HHBG (besin güvencesiz grup) yaşamaktadır. Çocuklarda kronik malnütrisyon (bodurluk) %18.4, fazla kiloluluk %14.3 ve obezite %11.5 oranında saptanmıştır. Toplamda çocukların %25.8'i fazla kilolu/obez kategorisindedir. Sosyodemografik bulgularda, HHBG yaşayan hanelerde annelerin eğitim düzeylerinin belirgin şekilde daha düşük olduğu ve hane birey sayısının daha fazla olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Annenin BKİ'si ile çocukta fazla kiloluluk/obezite varlığı arasında kuvvetli ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.001$). HHBG yaşayan hanelerdeki çocuklarda obezite oranı, besin güvenceli hanelere kıyasla istatistiksel olarak daha düşüktür ($p=0.038$). Kronik malnütrisyon (bodurluk) oranları arasında ise HHBG grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p=0.420$). Çok değişkenli Lojistik regresyon sonuçlarına göre; HHBG ile bodurluk varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (AOR=1.18; GA:0.62–2.24; $p>0.05$). HHBG ile obezite varlığı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ters bir ilişki belirlenmiştir. HHBG düzeyi arttıkça obezite olasılığı azalmaktadır (AOR=0.49; GA:0.26–0.93; $p=0.027$). Bu bulgu, besin güvencesi olan hanelerdeki çocuklarda obezite riskinin besin güvencesiz hanelere göre yaklaşık iki kat daha yüksek olduğunu göstermektedir. HHBG ile fazla kiloluluk varlığı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (AOR=0.86; GA:0.45–1.63; $p>0.05$).

Sonuç ve Öneriler

Araştırma bulguları, kentsel bir bölgedeki okul çağına yeni başlamış çocuklarda hem besin güvencesizliği (%50.2) hem de malnütrisyonun çifte yükünün (bodurluk %18.4, obezite %11.5) yaygın olduğunu göstermektedir. Sosyoekonomik faktörler kontrol edildiğinde, HHBG'nin obezite riskini azaltan bir faktör olarak saptanması dikkat çekicidir. Bu ters ilişki, besin güvencesiz hanelerde besin alımındaki genel yetersizliği veya düşük kaliteli, ancak yüksek kalorili besinlerin obeziteye yol açma potansiyelini düşüren beslenme örüntülerini işaret edebilir. Bulgulara dayanarak, dezavantajlı kentsel bölgelerde çocuk sağlığını hedefleyen sosyal destek gıda programlarının özellikle okul temelli beslenme programları gibi girişimler ve nicelikten ziyade besin kalitesini ve çeşitliliğini artırmaya odaklanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Besin güvencesizliği, bodurluk, çocuk, malnütrisyon, obezite

TAM METİN SÖZLÜ BİLDİRİ

[S130]
REFRACTIVE ERRORS AND CORRECTION METHODS AMONG THE MILITARY CONTINGENT: ASSESSMENT OF AWARENESS LEVEL REGARDING OPHTHALMIC TRAUMA

Sevinc Orucova[1]
[1]*Central Military Clinical Hospital, Ministry of Defense of the Republic of Azerbaijan, Baku, Azerbaijan*
[2]*Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan*

Introduction and Objective

The study is based on a survey that evaluates the optimization of refractive surgery outcomes for both short and long term in the military contingent, as well as the level of knowledge regarding first aid in ophthalmic trauma. Two comparative groups were formed: the military-medically educated group—students and graduates of the Higher Military School and the Military Medical Faculty (n=205; 45.6%)—and the military-non-medical group—soldiers, sergeants, contract servicemen (MAXE), and others with general or non-medical higher and secondary education (n=245; 54.4%), with a total of n=450. The instrument covered behavior items for penetrating injury, blunt contusion, thermal and chemical burns, photochemical injury, and shrapnel/small particle trauma, as well as post-refractive laser surgery care rules. The analysis was conducted in SPSS using "Group × Response" cross-tabulations, and the statistical significance of differences in column percentages was assessed with Pearson's χ^2 tests. The results showed that members of the military-medically educated group consistently exhibited higher levels of correct responses, whereas members of the non-medical group demonstrated erroneous behavior patterns that were sequential and recurring. Critical steps—such as continuous irrigation in chemical burns, not removing a foreign body and protecting the eye with a rigid shield in penetrating trauma, avoiding pressure on the eye in contusion, and refraining from rubbing the eye in the postoperative period—were better assimilated by the military-medically educated group. This asymmetry directly affects the preservation of vision under risk conditions related to conflict zones and daily service, ensuring the optimization of long-term outcomes of refractive correction. Consequently, the study substantiates the scientific-organizational necessity of the systematic implementation of educational programs, simulation-based trainings, and standard operating protocols in military units. The evidence obtained provides a practical contribution to decision-making in the field of health system organization. The methodological strengths are the large sample size and multi-category measurement. The objective of the study is to measure the level of awareness regarding refractive errors and ophthalmic trauma in different military contingents, to identify differences between groups, and to demonstrate on scientific grounds that only military-medically educated respondents display high awareness.

Materials - Methods

The study was conducted with a cross-sectional analytical design. The sample consisted of two groups: military-medically educated participants (students and graduates of the Higher Military School and the Military Medical Faculty; n=205; 45.6%) and military-non-medical participants (soldiers, sergeants, contract servicemen [MAXE], etc., with general or non-medical higher education; n=245; 54.4%). The survey instrument comprised multiple-choice items that measured subcategories of ophthalmic trauma (penetrating injury, blunt contusion, thermal and chemical burns, photochemical injury, shrapnel/small particle trauma) and post-refractive laser surgery care-behavior algorithms. The instrument was evaluated for content validity by an expert panel and revised after a pilot application. Data were processed using SPSS; "Group × Response" cross-tabulations were constructed, and column percentages were compared. Differences were assessed using Pearson's χ^2 tests, with statistical significance set at $p<0.05$. For selected items, Cramer's V was calculated as the effect size,

and results were presented with confidence intervals. In addition, to evaluate the sequence of erroneous behaviors, the inter-item correlation matrix was examined. Ethical principles were observed, informed consent was obtained, and data confidentiality was ensured. In the presentation of results, aggregated proportions of correct responses by group, behavioral patterns across critical scenarios, and risk-based recommendations were systematized.

Findings

The results showed that members of the military-medically educated group possessed consistently higher knowledge and correct behavior indicators across all key topics. In chemical burns, continuous and prolonged irrigation was 173 individuals (84.4%), eversion of the eyelids and inspection of the conjunctival fornices was 186 individuals (90.7%), and for items such as pH assessment and avoiding neutralizing solutions, the proportion of correct responses was significantly high at 205 (100%). In penetrating trauma, not removing the foreign body was 205 (100%), protecting with a rigid shield without applying pressure was 205 (100%), irrigating the eye and refraining from ointment use was 205 (100%), and adherence to rapid evacuation principles was 205 (100%); likewise, in blunt contusion, choosing correct tactics—avoiding pressure on the eye, recognizing life-threatening signs such as proptosis and pain, bilateral fixation, and pain control—also predominated in this group at 205 (100%). In the postoperative period following refractive laser surgery, refraining from rubbing the eye was 205 (100%), adherence to the lubricating drop regimen was 205 (100%), and restriction of physical load was 205 (100%), which also distinguished this group. In the non-medical group, however, a non-varying and recurring pattern of erroneous behaviors was observed across topics; in particular, insufficient irrigation in chemical burns was 116 (47.3%), attempts at neutralization were 215 (87.8%), and the tendency to remove the object in penetrating injury was 223 (91.0%). The results are depicted in Figure 1 and Figure 2. Pearson's χ^2 tests confirmed the significance of differences in column percentages, and effect sizes were in the moderate to strong range for selected items. This asymmetry increases the risk of vision loss under conditions of conflict and lays the groundwork for the deterioration of long-term outcomes of refractive correction.

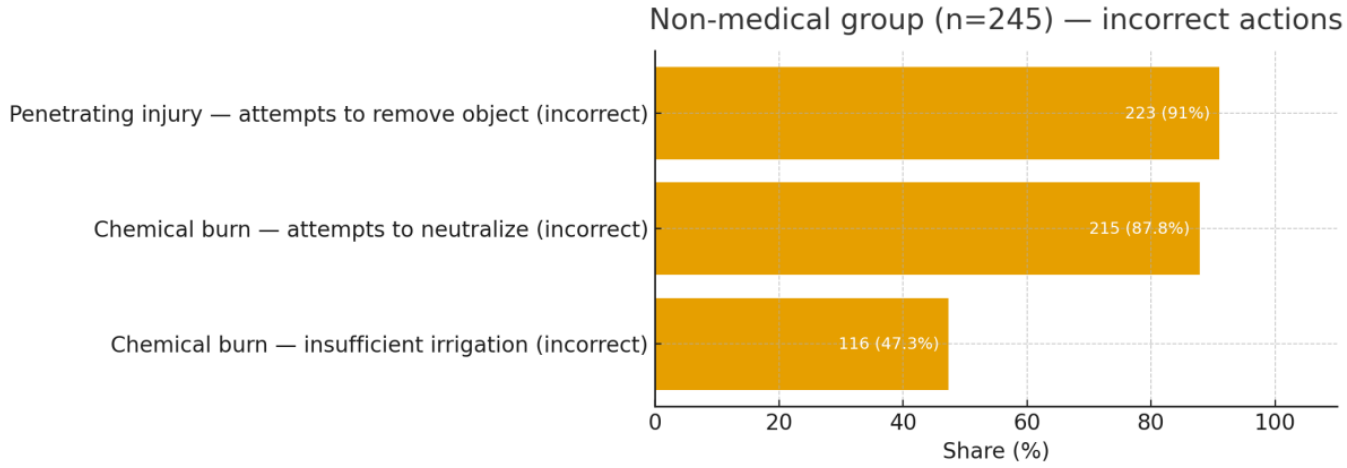
Ophthalmic Trauma — Groupwise Visualization

Military-medical trained group: n=205 | Non-medical group: n=245

Figure 1. *Correct actions in the military-medical trained group*



Figure 2. *Incorrect actions in the non-medical group*



Conclusion

The results clearly demonstrate the necessity of targeting knowledge-behavior gaps to ensure ophthalmic safety in the military environment. The superior performance of military-medically educated individuals indicates the effectiveness of structured curricula, simulation, and drill-based training. To eliminate the erroneous pattern observed in the non-medical group, phased, scenario-based programs supported by audit are required. The application of standard operating protocols in a unified team format and the training of critical steps—such as continuous eye irrigation in chemical burns, use of a shield without pressure and rapid evacuation in penetrating trauma—should be prioritized. The integration of knowledge modules into the refractive surgery pathway can stabilize postoperative outcomes and reduce trauma risks. At the level of public health and health system organization, this direction optimizes resource allocation, reduces the burden of visual disability, and strengthens the combat readiness of teams. Evidence-oriented decision-making is supported by the analytical foundation presented by the results. Leadership should establish an indicator-based monitoring system, ensure continuity, and track risks.

Keywords: Refractive errors, military personnel, ophthalmic trauma, first aid, refractive correction.

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S131]
TÜRKİYE'DE MOTOSİKLET, BİSİKLET VE ELEKTRİKLİ SKUTER KAZALARININ YILLARA GÖRE DEĞİŞİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: EKOLOJİK BİR ÇALIŞMA

***Emine Gökçen Selçuk*[1], *Serap Baysal*[2], *Eşref Selçuk*[3]**
[1]*Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[2]*Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[3]*Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı*

Giriş-Amaç

Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) verilerine göre her yıl yaklaşık 1,19 milyon kişi trafik kazalarında yaşamını yitirmekte, bu ölümlerin yarısından fazlası yayalar, motosiklet ve bisiklet kullanıcıları gibi incinebilir yol kullanıcılarında(İYK) görülmektedir. Motosikletler ve bisiklet, elektirikli skuter(e-skuter) gibi mikromobilite araçlarının günümüzde daha düşük maliyetli olmaları, yoğun trafikte hızlı erişim sağlamaları, park etme kolaylığı gibi sebeplerle giderek kullanımları artmakta, bununla birlikte kaza maruziyetinin yükselmesine eşlik eden ölüm ve yaralanmalarda da artış gözlenmektedir. Bu çalışmada Türkiye' de motosiklet, bisiklet ve e-skuter kazalarına bağlı ölüm ve yaralanmaların 2015-2024 yılları arasındaki değişiminin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Gereç-Yöntem

Bu ekolojik çalışmada motosiklet (2015–2024), bisiklet (2017–2024) ve e-skuter (2021-2024) kazalarına karışan araç sayıları ile bu kazalara bağlı ölüm ve yaralanma oranları incelenmiştir. Veriler, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) trafik kazası istatistiklerinden elde edilmiştir. Her araç türüne ait ölüm ve yaralanmaların, tüm trafik kazaları içindeki oranları belirlenerek zaman içindeki değişimleri doğrusal regresyon analizi ile, değişkenler arası ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Veriler IBM SPSS Statistics (v27.0) programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular

Türkiye' de son 10 yılda 1.949.660 ölümlü yaralanmalı trafik kazası gerçekleşmiş olup toplamda 3.024.470 kişi yaralanmış ve 62761 kişi hayatını kaybetmiştir. Trafik kazalarında yaralananlarda motosiklet (2015-2024), bisiklet (2018-2024) ve e-skuter(2022-2024) sürücülerinin oranı sırasıyla %17.9, %2.55 ve %0.56 olarak ve trafik kazalarında ölenlerde motosiklet (2015-2024), bisiklet (2017-2024) ve e-skuter(2021-2024) sürücülerinin oranı sırasıyla %14.04, %1.94 ve %0.22 olarak saptanmıştır. Yıllara göre trafiğe kayıtlı motosiklet sayısında istatistiksel olarak anlamlı bir artış saptanmış olup ($p = 0.001$, $R^2 = 0.78$), motosiklet sayısı her yıl ortalama yaklaşık 311.600 adet artmıştır. Bu artış, kaza ($r = .986$, $p < 0.001$), yaralanma ($r = 0.987$, $p < 0.001$) ve ölüm ($r = 0.709$, $p = .022$) sayılarıyla güçlü pozitif korelasyon göstermiştir. Yıllara göre motosiklet sürücülerinin tüm trafik kazası yaralanmaları içindeki oranı anlamlı bir artış eğilimi göstermiştir ($p<0.001$). Yıllara göre bisiklet ve e-skuter sürücülerinin tüm trafik kazası yaralanmaları içindeki oranı değerlendirildiğinde, anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0.241$ve $p=0.495$, sırasıyla). Yıllara göre motosiklet sürücülerinin tüm trafik kazası ölümleri içindeki oranı anlamlı bir artış eğilimi göstermiştir ($p=0.001$). Yıllara göre bisiklet ve e-skuter sürücülerinin tüm trafik kazası ölümleri içindeki oranı değerlendirildiğinde, anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0.866$ ve $p=0.142$, sırasıyla).

Sonuç ve Öneriler

Türkiye' de motosiklet kullanıcılarının hem ölüm hem de yaralanma açısından yüksek bir risk grubu olduğu, trafik kazalarında giderek artan oranda etkilendiğini ve bu grubun incinebilir yol kullanıcıları içinde yüksek mortalite ve morbidite riski taşıdığı görülmektedir. Bu nedenle motosiklet sürücülerine yönelik hedeflenmiş trafik güvenliği stratejileri ve çok sektörlü koruyucu önlemlerin güçlendirilmesi gereklidir. Ayrıca, son yıllarda kullanımı artan elektrikli skuter gibi araçlara ilişkin kazaların da düzenli biçimde izlenmesi ve kayıt altına alınması önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Bisiklet, elektrikli skuter, motosiklet, trafik kazaları

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S132]
ANTALYA İLİ BİR MERKEZ İLÇESİNDE İLK VE ORTAOKUL ÖĞRENCİLERİNDE OBEZİTE SIKLIĞI

***Emsal Çetin*, Ali İhsan Bozkurt**
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Obezite enerji alımı ile harcanması arasındaki dengenin bozulması sonucu, sağlık risklerini artıracak düzeyde vücut yağının artmasıyla karakterize, kronik, kompleks ve çok faktörlü bir hastalıktır. Obezite hem kronik bir hastalık hem de birçok hastalığın risk faktörüdür. Obezite, ülkemizde ve dünyada giderek artmakta ve acil bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir. Çocukluk çağı obezitesi özelinde de bu durum son yıllarda giderek artmakta ve çocukların sağlık durumunu olumsuz etkilemektedir. Çocukluk dönemindeki obezite artışı ileriki yaşlarda karşılaşılabilinecek ciddi sağlık sorunlarının da habercisidir. Bu çalışmamızda Tıp Fakültemizin eğitim araştırma bölgesi olan Döşemealtı ilçesinde 2025 yılı ilk ve ortaokullarda obezite sıklığını ve eğitim süreci içindeki trendini belirlemeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem

Öncelikle etik kurul ve gerekli kurumsal izinler alınmıştır. Çalışmamızın evrenini Antalya ili Döşemealtı ilçesi 2024-2025 yılında öğrenim gören ilkokul ve ortaokul öğrencileri oluşturmaktadır. Minimum örneklem büyüklüğü 513 olarak hesaplanmıştır. Sistematik örnekleme yöntemiyle kamuya ait 8 okul ve bu okullardan toplam 32 sınıf çalışma için seçilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilerin boy ve kilo ölçümleri yapılmış ve Dünya Sağlık Örgütü kriterlerine göre kategorize edilmiş ve öğrencilerin zayıf, normal, fazla kilolu ve obeziteli olma durumları belirlenmiştir. İkili analizler için sonuç değişkeni olarak obeziteli olma durumu alınmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki farklar ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizde SPSS 23.0 programı kullanılmıştır. $p<0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Araştırmaya 8 farklı okuldan 585 öğrenci katılmıştır. Öğrencileri %54,2'si kız, %45,8'i erkektir. Katılımcıların %57,3'ü ilkokul ve % %42,7'si ortaokul öğrencisidir. Öğrencilerin aile yapılarına bakıldığında; %79,5'i çekirdek aile yapısına ve %38,9'u 1-2 asgari ücret gelirine sahiptir. Annelerin %34,1'i ve babaların %38,2'si üniversite ve üstü mezunudur. DSÖ kriterlerine göre, çocukların %17,6'sı obeziteli, %20,0'ı fazla kiloludur. Kızlarda obeziteli olanların oranı %18,0 iken erkeklerde %17,2'dir. İlkokullarda obeziteli olma durumu %24,0, fazla kiloluluk %17,0'dir. Ortaokullarda obeziteli olma durumu %18,8, fazla kiloluluk %16,7'dir. İlkokul birinci sınıf öğrencilerinde %15,9 olan fazla kilolu öğrenci yüzdesi ortaokul son sınıfta %24,3'e; birinci sınıf öğrencilerinde %12,5 olan obeziteli öğrenci yüzdesi ortaokul son sınıfta %21,6'ya yükselmiştir. Birinci sınıf öğrencilerinde %28,4 olan "fazla kilolu veya obeziteli" öğrenci yüzdesi ortaokul sonunda %45,9'a yükselmiştir.

Sonuç ve Öneriler

Öğrencilerin yaklaşık yarısında vücut kitle indeksi normal değerlerin dışındadır. Fazla kiloluluk ve obezite sorunu daha ön plandadır. Her 3 öğrenciden 1'inde fazla kiloluluk ve obezite sorunu vardır. İlkokula göre ortaokullarda fazla kilo/obezite sıklığında artış gözlenmesi sorunun okul sürecinde büyüdüğünü göstermektedir. Bu nedenle öğrencilerin okullarda beslenmesi, sağlıklı gıdaya ulaşması, fiziksel aktivite düzeyi, öğretmen/öğrenci/veli bilgi düzeyi vb. konulu araştırmaların yapılarak/değerlendirilerek müdahale edilmesi gereken öncelikli alanlar belirlenip, yapılacak müdahalelerle bu hızlı artışın önüne geçilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk çağı, obezite, okul sağlığı

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S133]
THE EFFECT OF A SELF-COMPASSION DEVELOPMENT PROGRAM ON BULLYING AND VICTIMIZATION AMONG MIDDLE SCHOOL STUDENT

***Özge Çalıklar*[1], *Hasibe Kadıoğlu*[2]**
[1]*Department of Nursing, Institute of Health Sciences, Marmara University*
[2]*Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Fenerbahçe University*

Introduction and Aim

Peer bullying, which is a common form of violence in schools, is an important public health problem defined as behaviors in which a bully or a group intentionally and repeatedly harms or upsets a weaker individual, causing stress in the victim. In recent years, the prevalence of peer bullying has significantly increased worldwide and in Türkiye, being most common during middle school years. Self-compassion, a protective factor for individuals, refers to the understanding people show themselves when facing adverse experiences throughout life. Individuals with self-compassion can treat themselves with kindness and compassion by recognizing that making mistakes or encountering life difficulties is a part of being human. Higher levels of self-compassion are associated with less aggressive behavior. This study aimed to evaluate the effect of a self-compassion development program on bullying and victimization among middle school students.

Materials-Methods

This study employed a randomized controlled design, including pre-test, post-test, and six-month follow-up measurements in randomly assigned intervention and control groups. The research was conducted between February and October 2025 with fifth-grade students (N=180) attending a public middle school in Istanbul. Sample size was determined through a power analysis, with a significance level (α) of 0.05, effect size (d) of 0.50, and statistical power (1–β) of 0.80, indicating that at least 51 students were required per group. After random assignment of classes by drawing lots and obtaining informed consent from parents/guardians, 61 students were included in the intervention group and 54 in the control group. Ethical approval was obtained from the Ethics Committee of the Institute of Health Sciences at Marmara University (19/12/2023-133), and permissions were secured from the Istanbul Provincial Directorate of National Education as well as written consent from parents/guardians and students. The study was financially supported by Marmara University Scientific Research Projects Unit. The intervention group participated in a seven-week self-compassion development program, consisting of 40-minute weekly sessions including activities based on the core components of self-compassion: self-kindness, mindfulness, and common humanity. Data were collected through self-report using the Self-Compassion Scale-Short Form, Peer Bullying Victim Identification Scale, and Peer Bullying Perpetrator Identification Scale. The dependent variable was bullying and victimization, while the independent variable was the implemented self-compassion program. Data were analyzed using SPSS. Chi-square test was used for comparisons of sociodemographic variables. Normality was assessed with the Kolmogorov-Smirnov test. For normally distributed data, paired-sample t-test and independent-sample t-test were used; for non-normally distributed data, the Wilcoxon test and Mann-Whitney U test were applied. The level of significance was set at $p<0.05$.

Results

There were no statistically significant differences between the intervention and control groups in terms of sociodemographic characteristics such as cohabiting individuals, presence of siblings, parental employment status, having a personal phone, or purpose of phone use ($p>0.05$). The intervention group's post-test and follow-up scores on the Self-Compassion Scale were significantly higher than their pre-test scores ($p<0.001$), while no change was observed in the control group ($p>0.05$). For both groups, there were no significant differences between pre-test and post-test scores on the Peer Bullying Victim Identification Scale

(p>0.05), but follow-up scores were significantly lower than pre-test scores (p<0.05). Similarly, for both groups, pre-test and post-test scores on the Peer Bullying Perpetrator Identification Scale did not differ significantly (p>0.05), whereas follow-up scores were significantly lower than pre-test scores (p<0.05). Conclusion: The seven-week self-compassion development program effectively improved participants' self-compassion levels. However, its effect on reducing peer bullying could not be demonstrated, as similar changes were also observed in the control group. It is recommended that this program be used to enhance self-compassion among middle school students. Further studies are needed to evaluate the program's impact on peer bullying.

Keywords: Victim, bully, peer bullying, self-compassion

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S134]
DOĞU ANADOLU BÖLGESİ'NDE KIRSAL ÖZELLİKTEKİ İKİ İLÇENİN KÖY OKULLARINDA GERÇEKLEŞTİRİLEN SAĞLIK TARAMASI SONUÇLARI

***Mehmet Ertan Güner*[1], *Furkan Öztürk*[1], *Melisa Kesik*[2], *Kamer Billur Yücel Özden*[2], *Melis Şentürk*[2], *Mehmet Faruk Kınay*[2], *Buket Güngörmüş*[2], *Mehmet Salih Tendir*[2], *Ali Baran Naslı*[2], *Gözde Çebi Gündüz*[1], *Fatih Yapar*[1], *Eda Nur Tuğsuz*[1], *Yağızalp Sevinç*[1], *Ayşe Şahin*[1], *Mustafa Enes Özden*[2]**

[1]*Kars Sarıkamış İlçe Sağlık Müdürlüğü*

[2]*Kars Kağızman İlçe Sağlık Müdürlüğü*

Giriş ve Amaç

Ülkemiz nüfusunun %19,53'ü 5-17 yaş grubu çocuklardan oluşmaktadır. TUİK verilerine göre, 2023/24 öğretim yılında okullaşma oranları okul öncesi için %84,3, ilkokul için %95,0, ortaokul için %91,5 ve ortaöğretim için %88,0 olarak gerçekleşmiştir. Okul çağındaki birçok çocuk için, özellikle kırsal bölgelerde yaşayan, okulda verilecek sağlık hizmetleri, sağlık hizmetine ilk ve en erişilebilir temas noktasıdır. Okul ortamı ve okul sağlık hizmetleri, anksiyete ve depresyon, davranış bozuklukları, diyabet, aşırı kilo, obezite ve yetersiz beslenme gibi çeşitli sağlık sorunlarına zamanında müdahale etme fırsatı sunar. Buna yönelik Ekim 2025 tarihinde Doğu Anadolu Bölgesi'ndeki bir ilin iki ilçesinde görev yapan halk sağlığı uzmanları iş birliği ve organizasyonunda iki ilçedeki köylerin ilk ve ortaokullarında genel sağlık taraması (oksometrik ölçümler, görme muayenesi, işitme muayenesi, omurga ve ekstremite muayenesi, deri ve saç muayenesi, çeşitli sağlıklı yaşam alışkanlıkları ve sigara dumanından pasif etkilenim değerlendirilmesi) uygulaması başlatılmıştır ve patoloji saptanan öğrenciler muayeneyi yapan hekimler tarafından aile hekimlerine yönlendirilmiştir. Bu araştırmanın amacı uygulamanın ön sonuçlarının değerlendirilerek iki ilçedeki köy okullarındaki öğrencilerdeki sağlık olaylarının yaygınlığının belirlenmesidir.

Gereç-Yöntem

Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın evrenini Doğu Anadolu'da bir ilin kırsal özellikler gösteren iki ilçesindeki köylerde yer alan ilk ve ortaokullarda öğrenim gören yaklaşık 3000 çocuk oluşturmaktadır. Araştırma kapsamında örneklem seçilmemiş olup, halen devam eden tarama uygulamasının başladığı 10.10.2025 tarihi ile 17.10.2025 tarihleri arasındaki muayene formlarının hepsi (n=457) analize dahil edilmiştir. Araştırma amacıyla İl-İlçe Sağlık Müdürlüğü izinleri ve kaymakamlık olurları alındıktan sonra muayene formlarındaki bilgiler kimliksizleştirilerek veri tabanına aktarılmıştır. Araştırmada bir nedensellik analizi yapılmamış olup incelenen değişkenler fizik muayene sonuçları ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarıdır. Boy, vücut ağırlığı, kan basıncı değerlendirmelerinde Olcay Neyzi persentil eğrileri kullanılmış olup 3-97 persentil arası normal kabul edilmiştir. Ölçümler için kullanılan ekipmanlar İlçe Sağlık Müdürlüğü'nce düzenli olarak kalibre edilmektedir. Tarama uygulaması öncesinde tarama ekibine ölçümler ve muayene ile ilgili standardizasyon sağlamak amacıyla eğitim verilmiştir. Araştırmanın retrospektif olarak hizmet amacıyla toplanan verilerden yapılması, muayene şartlarının her okulda aynı olmaması dolayısıyla eksik/yapılamayan muayeneler mevcuttur ve bu önemli bir sınırlılıktır. Verilerin analizi IBM SPSS v31 programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı veriler kategorik veriler için sayı (%), sürekli veriler için ortalama ± SS kullanılarak sunulmuştur.

Bulgular

Araştırma kapsamında 2 ilçedeki 9 okulda toplam 457 çocuğa sağlık taraması yapılmıştır. Çocukların %53'ü erkektir, ortalama yaş 10,2±2,5'tir. Çocukların %14,9'u düşük boya (<3p); %16,6'sı düşük vücut ağırlığına (<3p) sahip olup sistolik ve diastolik kan basıncı yüksekliği (>97p) sırasıyla %43,8 ve %10,9'dur. Çocukların %58,9'u düzenli diş fırçaladığını ve %91,7'si düzenli kahvaltı yaptığını, %53,8'i evde sigara dumanına maruz kaldığını belirtmiştir. %2,8'i gözlük kullanırken %0,7'sinde şaşılık; %4,6'sında kırma kusuru; %1,3'ünde kırma kusuru dışında bir göz patolojisi tespit edilmiştir. Yapılan muayenelerde saçlı deride çocukların %2,6'sında,

deri muayenesinde %2,8'inde, fısıltı testinde %0,9'unda, ekstremite muayenesinde %0,9'unda herhangi bir patoloji saptanmıştır. Altı çocukta göğüs deformitesi, 12 çocukta skolyoz saptanmıştır. Çocukların %59,1'inin diş çürüğüne; %4,6'sının bir kronik hastalığa sahip olduğu görülmüştür. Son 2 hafta içerisinde %2,2'si gastrointestinal sistem rahatsızlığı; %20,4'ü üst solunum yolu rahatsızlığı yaşadığını belirtmiştir. 3 çocukta uyuz, 25 çocukta ÜSYE olmak üzere toplam 45 (%9,8) çocukta akut patoloji saptanmıştır. 165 çocuğun aile hekimlerine saptanan patolojiler hakkında bilgi verildiği görülmüştür.

Sonuç ve Öneriler

Doğu Anadolu Bölgesi'nde iki ilçedeki köy okullarında yapılan bu ön tarama sonuçları, çocuklarda büyüme-gelişme geriliği, diş çürüğü, yüksek kan basıncı ve pasif sigara maruziyetinin dikkat çekici düzeyde yaygın olduğunu göstermiştir. Görme, işitme ve kas-iskelet sistemi sorunları da belirli oranlarda saptanmıştır. Bulgular, kırsal bölgelerdeki çocukların sağlık izlemlerinde okul temelli taramaların önemli bir fırsat sunduğunu, saptanan patolojilerin erken dönemde tanınması ve aile hekimlerine yönlendirilmesiyle koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk sağlığı, okul sağlığı, sağlık taraması

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S135]
TÜRKİYE'DE SON 10 YILDA ESTETİK GİRİŞİMLERE YÖNELİK TOPLUMSAL İLGİ: GOOGLE TRENDS TEMELLİ BİR ZAMAN SERİSİ ANALİZİ

***Tahsin Gökhan Telatar*[1], *Şule Allahverdi*[2]**
[1]*Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[2]*Rize İl Sağlık Müdürlüğü*

Giriş-Amaç

Estetik cerrahi ve kozmetik işlemler, son yıllarda yalnızca bireysel tercihler açısından değil, aynı zamanda sağlık turizmi ve sosyokültürel dinamikler bakımından da artan bir önem kazanmıştır. Bu bağlamda Google Trends, çevrimiçi bilgi arayışlarını yansıtarak toplumun davranışsal eğilimlerini nicel olarak değerlendirme olanağı sunmaktadır. Bu çalışmanın amacı, Türkiye'de 2015–2025 yılları arasında toplumun çeşitli estetik girişimlere (saç ekimi, meme estetiği, vajinoplasti, rinoplasti, liposuction ve botoks uygulamaları) yönelik ilgisindeki değişimi incelemektir.

Gereç-Yöntem

Bu kesitsel ekolojik araştırmada, Google Trends üzerinden "saç ekimi + hair transplant", "meme estetiği + breast augmentation + breast implants", "vajinoplasti + vaginoplasty", "burun estetiği + rinoplasti + rhinoplasty + nose job", "liposuction + yağ aldırma" ve "botoks + botox" terimleri için 2015 Ocak–2025 Ekim döneminde, ülke olarak Türkiye, arama türü olarak Web Search seçilmiştir. Her terim için aylık ortalama bağıl arama hacmi (Relative Search Volume, RSV) değerleri elde edilmiş ve veriler birleştirilerek tek veri seti oluşturulmuştur. İlk 12 ay ve son 12 ay ortalamaları karşılaştırılarak on yıllık değişim oranları hesaplanmış; ayrıca her girişim için eğilim katsayısı (slope) ve zirve ayı belirlenmiştir. İstatistiksel analizler R 4.5.1 yazılımı ile yapılmıştır. Araştırmanın verileri herkese açık olan Google Trends sistemi üzerinden temin edildiğinden araştırma için etik kurul onayı alınmasına ihtiyaç duyulmamıştır.

Bulgular

Toplam 733 aylık gözlem içeren veri setinde, tüm estetik girişimler için yıllar içinde belirgin artış eğilimi gözlenmiştir. 2015 yılına göre en yüksek göreli artış saç ekimi (%+82) ve botoks (%+64) uygulamalarında saptanmıştır. Rinoplasti ve meme estetiği aramaları istikrarlı şekilde artarken, liposuction nispeten daha yatay bir seyir göstermiştir. Vajinoplasti aramaları 2018 sonrası dikkat çekici bir ivme kazanmıştır. Eğilim katsayıları incelendiğinde, en yüksek pozitif eğim saç ekimi (slope ≈ +0.62 RSV/ay) ve botoks (slope ≈ +0.54 RSV/ay) için, en düşük eğim ise liposuction (slope ≈ +0.08 RSV/ay) için hesaplanmıştır. Bu sonuç, saç ekimi ve botoks aramalarının son on yılda diğer girişimlere kıyasla daha hızlı bir yükseliş gösterdiğini ortaya koymaktadır. Rinoplasti (≈ +0.31) ve meme estetiği (≈ +0.27) orta düzeyde eğilim artışı sergilerken, vajinoplasti (≈ +0.22) daha yakın dönemde hız kazanan ancak başlangıç düzeyi düşük bir eğilim göstermiştir. Tüm girişimler için 2021–2022 dönemi COVID-19 sonrası dönemde kısa süreli azalma, ardından yeniden artış göstermiştir. Mevsimsellik analizinde, estetik işlemlere ilginin genellikle ilkbahar ve yaz aylarında (özellikle Mayıs–Temmuz döneminde) zirve yaptığı görülmüştür. En yüksek ortalama RSV değeri saç ekimi (ortalama 72,4) ile kaydedilmiş; bu durum Türkiye'nin uluslararası saç ekimi turizmi merkezlerinden biri haline geldiğini desteklemektedir.

Sonuç ve Öneriler

Türkiye'de son on yılda estetik girişimlere yönelik ilgi genel olarak artış eğilimi göstermektedir. Bu durum hem iç talepteki artışı hem de Türkiye'nin sağlık turizmindeki cazibesini yansıtmaktadır. Saç ekimi ve botoks uygulamaları halkın en fazla ilgisini çeken girişimler olurken, vajinoplasti gibi daha önce sınırlı bilinirliğe sahip işlemler de giderek görünür hale gelmiştir. Google Trends verileri, estetik cerrahiye yönelik toplumsal

algı değişimlerini erken dönemde izlemeye olanak sağlamaktadır. Bu bulgular, sağlık planlaması ve medikal turizm politikalarının geliştirilmesinde kullanılabilecek niteliktedir. Gelecekte yapılacak araştırmalarda, Google Trends verilerinin medya etkisi, ekonomik göstergeler ve klinik istatistiklerle entegre edilmesi, estetik girişimlere yönelik davranışsal dinamiklerin daha derinlemesine anlaşılmasını sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Estetik cerrahi, kozmetik işlemler, google trends, zaman serisi, Türkiye

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S136]
İZMİR BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ 2024 YILI ÖLÜM VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

***Ferhat Yıldız*, Ahmet Soner Emre, Pınar Okyay**
İzmir Büyükşehir Belediyesi

Giriş-Amaç

Beşerî gelişmişlik değerlendirmesinde kullanılan değerli verilerden birisi ölüm verileridir. Ölüm sayısı ve ölüm nedenleri temsil ettiği toplumla ilgili çok önemli bilgiler sağlayabilmektedir. Bu verilerin doğru olarak, istenilen nitelikte ve zamanında toplanarak raporlanması o toplumla ilgili sağlık politikaların sonuçlarının değerlendirilebilmesine ve yeni politikalar üretilmesine kaynak oluşturmaktadır. Bu araştırmanın amacı, İzmir Büyükşehir Belediyesinin Mezarlık İşleri Dairesi Başkanlığı 2024 yılı ölüm verilerinin Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ölüm verileri ile karşılaştırmalı olarak incelenmesidir.

Gereç-Yöntem

Kesitsel tanımlayıcı tipte bir araştırma olup 2024 yılına ait ölüm verileri değerlendirildi. Ölüm verileri İzmir Büyükşehir Belediyesi Belediye Bilgi Yönetim Sistemi Mezarlık Bilgi Sistemi modülünden elde edildi ve TÜİK 2024 Ölüm İstatistikleri ile karşılaştırıldı. Veri kalitesi ve içeriği, kişisel verilerin gizliliği sağlanarak yetkilendirilmiş bir uzman tarafından manuel ve sistematik olarak kontrol edildi. Analize uygun hale getirilen verilerin tanımlayıcı istatistikleri frekans ve yüzde olarak sunuldu. İl geneli ve ilçe değişkenlerine göre kaba ölüm hızı ve yaşa standardize ölüm hızları hesaplandı. Yaşa standardize ölüm hızı (Age Adjusted Mortality Rate) hesabı için Dünya Sağlık Örgütü'nün yaş grubuna göre katsayıları referans olarak kullanıldı ve bütün analizler Microsoft Excel formülleri ile hesaplandı.

Bulgular

İzmir'de belediye kayıtlarında 2024 yılında toplam 36 006 ölüm bulunmakta olup, mezarlık yeri değiştirilenler çıkarıldığında ölüm sayısı 34 694 olarak hesaplandı. İzmir'de ikamet etmeyen 5 604 kişinin (%16,2) kaydı çıkarıldığında İzmir'de ikamet eden ve 2024 yılında vefat eden kişi sayısı 29 090 kişiydi ve bütün analizler bu sayı üzerinden yapıldı. İzmir'de 2024 yılında kaba ölüm hızı binde 6,5 ve yaşa standardize ölüm hızı binde 4,3'tü. Belediye kayıtlarına göre 2024 yılında kaba ölüm hızı en yüksek Bayındır ilçesinde binde 11,8 ve en düşük Aliağa'da binde 4,2 idi. Yaşa standardize ölüm hızı en yüksek Bayındır ilçesinde binde 5,8 ve en düşük Narlıdere'de binde 3,4 idi. TÜİK 2024 ölüm istatistiklerine göre İzmir'de toplam ölüm sayısı 31 437, kaba ölüm hızı binde 7,0 ve yaşa standardize ölüm hızı binde 4,7 olarak hesaplandı. TÜİK kayıtlarında belediye kayıtlarına göre 2 347 ölüm (%8,1) daha fazlaydı. Kaba ölüm hızı TÜİK verilerinde binde 0,5 (%7,7) ve yaşa standardize ölüm hızı binde 0,4 (%9,3) daha yüksekti.

Sonuç ve Öneriler

İzmir'de kaba ölüm hızı yüksek görünse de yaşlı nüfus etkisinden dolayı yaşa standardize edildiğinde ölüm hızının düştüğü gözlendi. Belediye kayıtlarındaki ölüm sayılarının TÜİK'ten düşük olmasının en önemli sebebinin belediyenin il dışı ölümleri kaydedememesi nedeniyle olduğu düşünüldü. Bu nedenle, kaba ölüm hızı TÜİK verilerinde daha yüksekti. TÜİK istatistiklerinde 2024 yılı ilçe ölüm sayıları paylaşılmadığı için ilçe ölüm hızı analizleri yapılamadı. Belediye ölüm veri kalitesinin iyileştirilmesi için geri bildirimler yapılarak elektronik kayıt sisteminin düzenlenmesine yönelik önerilerde bulunuldu. Veri kayıt çalışanlarının ölümler ve halk sağlığı bilincinin artırılmasına yönelik eğitim planlandı. Belediye ölüm kayıtlarında; mahalle, cinsiyet, bebek ölümleri ve ölüm nedenleri ile ilgili veriler analiz için uygun değildi. Mezarlık kayıt sistemi verileri; il geneli ve bölgesel karşılaştırmalar yapmak, bölgesel ihtiyaç belirleme ve sağlık eşitsizliklerinin değerlendirmesinde sapma düzeyleri göz önüne alınarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Ölüm hızı, sağlık eşitsizlikleri, sağlık hizmeti planlama

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S137]
KANAL HASUDER'DE 2024–2025 YAYIN DÖNEMİNDE GERÇEKLEŞTİRİLEN WEBİNERLERİN İZLENME ÖZELLİKLERİ

***Mehtap Yücel*[1], *Burcu Ecem Uğuz*[2], *Bengü Nehir Buğdaycı Yalçın*[3], *İlke Üçüncü*[4], *İpek Gündoğdu*[5], *Esra Hacılar*[1], *Lütfi Saltuk Demir*[1]**

[1]*Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

[2]*Şırnak İdil İlçe Sağlık Müdürlüğü*

[3]*Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

[4]*İstanbul Büyükçekmece İlçe Sağlık Müdürlüğü*

[5]*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

Giriş-Amaç

Dijital eğitim platformları, halk sağlığı alanında bilgiye erişimi ve meslek içi gelişimi kolaylaştırmaktadır. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) bu amaçla Kanal HASUDER üzerinden düzenli webiner yayınları gerçekleştirmektedir. 2024-2025 döneminde halk sağlığı uygulamaları, afet yönetimi, çevre ve iş sağlığı gibi konularda uzmanların katılımıyla yapılan bu yayınlar, halk sağlığı profesyonellerinin güncel bilgi gereksinimlerini karşılamayı hedeflemiştir. Bu çalışma, söz konusu dönemde Kanal HASUDER'de gerçekleştirilen canlı webinerlerin izlenme özelliklerini ve konu dağılımlarını incelemektedir.

Gereç-Yöntem

Tanımlayıcı türdeki bu araştırmada, 03.09.2024–17.06.2025 döneminde Kanal HASUDER'de canlı yayınlanan 18 webinerin izlenme verileri YouTube Studio üzerinden incelenmiştir. Webinerler; konu, toplam görüntüleme, toplam izlenme süresi, gösterim, gösterim tıklama oranı, ortalama görüntüleme süresi, ortalama görüntüleme yüzdesi ve canlı izleme sayısı değişkenleri açısından değerlendirilmiştir. Göstergeler YouTube tanımlarına göre ele alınmıştır. Veriler SPSS 18 programı ile analiz edilmiş; sürekli değişkenler ortalama ve standart sapma, kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde olarak sunulmuştur. Canlı izleme sayısı ile toplam görüntüleme arasındaki ilişki Spearman korelasyon analiziyle değerlendirilmiştir. Çalışma için etik kurul izni gerekmemektedir. Çalışma için finansal destek alınmamıştır. Herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Bulgular

Kanal HASUDER'de 03 Eylül 2024–17 Haziran 2025 arasında 18 webiner yayınlanmıştır. Konulara göre dağılımda profesyonel gelişim dört (%22,2), bulaşıcı hastalıklar ve afet yönetimi üçer (%16,7), çevre sağlığı ve iş sağlığı ikişer (%11,1) webiner ile öne çıkmıştır. Kadın-çocuk sağlığı iki (%11,1), göçmen sağlığı ve sağlığı geliştirme ise birer (%5,6) webinerle temsil edilmiştir. Tüm webinerler dikkate alındığında toplam görüntüleme sayısı 4.968, toplam izlenme süresi 729,3 saat, ortalama görüntüleme 276, ortalama görüntüleme süresi 9 dk 55 sn, ortalama görüntüleme yüzdesi %18,8, tıklama oranı %5,1'dir. En çok izlenen webiner "Halk Sağlığı Acil Durumu Mpox" (913 görüntüleme) olmuştur. Bu webineri "Toplum Sağlığında Yeni Tehlike: Yenidoğan Taramalarının Reddi" (473 görüntüleme) ve "Güncel Genişletilmiş Bağışıklama Programı" (353 görüntüleme) izlemiştir. Ortalama izlenme süresi en uzun üç webiner "Güncel Genişletilmiş Bağışıklama Programı" (15,04 dk), "Eyvah Nüfusumuz Azalıyor mu?" (13,51 dk) ve "Aşı Kararsızlığında Akademi ve Saha Bakış Açısı" (11,31 dk)'dır. Tıklama oranı en düşük "Göçmen Sağlığı ve Araştırma Gereksinimleri: Uluslararası Bir Perspektif" (%1,8), en yüksek "Tek Sağlık" (%9,9) olmuştur. Ortalama görüntüleme yüzdesi en yüksek webinerler "Sahada Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlığı Geliştirme Uygulamaları" (%24,4), "Genişletilmiş Bağışıklama Programı" (%23,6) ve "Tarihsel Süreçte İş Kazalarının İncelenmesi" (%23,3)'dır. Canlı izleme sayıları 18 ile 132 arasında değişmiştir. En çok canlı izlenen üç webinerin sırasıyla "Halk Sağlığı Acil Durumu Mpox" (132 canlı izleme), "Toplum Sağlığında Yeni Tehlike: Yenidoğan Taramalarının Reddi" (79 canlı izleme) ve "Güncel Genişletilmiş Bağışıklama Programı" (77 canlı izleme) olup canlı izleme ile toplam görüntüleme arasında korelasyonel anlamlı ilişki saptanmamıştır (r=0,370; p=0,170).

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma, Kanal HASUDER'in 2024-2025 yayın döneminde gerçekleştirdiği webinerlerin izlenme özelliklerini değerlendirmiştir. Bulgular, kanalın halk sağlığının farklı alt alanlarını dengeli biçimde ele aldığını ve özellikle profesyonel gelişim, bulaşıcı hastalıklar ve afet yönetimi konularına ağırlık verdiğini göstermektedir. İzlenme verilerine göre, "Mpox", "Yenidoğan taramaları" ve "Bağışıklama programı" gibi güncel halk sağlığı temaları en fazla izleyiciye ulaşmıştır. Ortalama izlenme süresinin 10 dakikadan kısa olması, katılımcıların çoğunlukla kısa süreli izlemeyi tercih ettiğini göstermektedir. Bu durum, webiner içeriklerinin daha kısa bölümlerle sunulmasının erişimi artırabileceğine işaret etmektedir. Kanal HASUDER, çevrim içi halk sağlığı eğitiminde etkin bir kaynak olmaya devam etmektedir. İzlenme verilerinin düzenli olarak izlenmesi, konu planlamalarının izleyici ilgisine göre güncellenmesi ve etkileşimi artıracak yöntemlerin (ön anket, kısa özet videolar, izleme sonrası değerlendirme formları vb.) kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Webiner, halk sağlığı, eğitim, izlenme analizi; çevrim içi eğitim; YouTube; izleyici etkileşimi

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S138]
HASTANE ÇALIŞANLARINDA BEL AĞRISI SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Mehmet Boz[1], Gülseda Boz[2], Onur Selçuk Yiğit[3]
[1]Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı
[2]İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[3]Ordu Devlet Hastanesi

Giriş-Amaç

Her yaştaki kişiyi etkileyebilen bel ağrısı dünyada kas-iskelet sistemi hastalıkları arasında en yüksek prevalansa sahip olup sakatlığın önde gelen nedenidir. Hastane çalışanları; hastalarla çalışma durumları, vücut pozisyonunu koruma ihtiyacından kaynaklanan bel bölgesinde oluşan aşırı gerginlik günlük fiziksel aktivite ve diğer faktörlerden dolayı bel ağrısı görülme riski yüksek olan bir grupta yer almaktadırlar. Bu çalışmada hastane çalışanlarında bel ağrısı yaşama sıklığı ve bel ağrısını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Tanımlayıcı kesitsel tipte olan bu çalışma 2 Ocak-5 Şubat 2023 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmanın evrenini Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan; 2508 kişi oluşturmakta olup örneklem büyüklüğü; %95 güven aralığında %80 güçle desen etkisi 2 hesaplamasıyla referans çalışmanın bel ağrısı prevalansı %34.3 baz alındığında 609 kişi olarak hesaplanmış ve çalışmaya katılmayı kabul eden 260 kişi çalışma tamamlanmıştır. Çalışmanın verileri toplanırken gözlem altında anket tekniği kullanılmıştır. Anket formunda; sosyodemografik, çalışma şekli ve süresi, bel ağrısı ile ilgili sorular ve bel ağrısına bağlı fonksiyonel yetersizliği değerlendirmede kullanılan Oswestry Skalası yer almaktadır. Çalışmanın bağımsız değişkenleri; katılımcıların sosyodemografik özellikleri, çalışma şekli ve süresi iken, bağımlı değişkeni ise devam eden bel ağrısı yaşama durumudur. İstatistiksel analizlerde Ki-Kare Testi kullanılmıştır. Tüm testlerde $p<0,05$ anlamlılık düzeyi geçerli sayılmıştır.

Bulgular

Katılımcıların %67,3'ü kadın, %53,1'i hemşire/ebe/sağlık memuru, yaş ortancası 38 (18-60)'dir. Katılımcıların %40,1'i devam eden bel ağrısının olduğunu ifade etmiştir. Araştırma grubunda kadınların, tıbbi sekreterlerin, çocuğu olanların, obez olanların, çalışma yılı 23 yıl ve üstü olanların, düzenli spor yapmayanların bel ağrısı yaşama durumu diğerlerine göre anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0.05$). Katılımcıların Oswestry Bel Ağrısı Engellilik İndeksi Sınıflamasına göre %21,3'ünün bel ağrısının günlük yaşamında önemli problem oluşturmadığını ifade etmişlerdir.

Sonuç ve Öneriler

Hastane çalışanlarından tıbbi sekreterlerin, meslekte çalışma süresi uzun olanların, obez olanların, spor yapmayanların bel ağrısı yaşama durumunun daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durumun önlenmesine yönelik olarak; doğru vücut mekaniği eğitiminin verilmesi, mesleklere özgü risk faktörlerinin azaltılması ve sağlık çalışanları arasında düzenli fiziksel aktivitenin teşvik edilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bel ağrısı, hastane çalışanları, risk faktörleri

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S139]
AKADEMİK PERSONELDE KÜRESEL ISINMA VE İKLİM DEĞİŞİKLİKLERİ FARKINDALIĞI: TANIMLAYICI ÇALIŞMA

Didem Daymaz Yılmaz, Nimet Tekin, Doğukan Yardımcı, Meral Saygun
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

İnsanın çevre üzerindeki olumsuz etkisi önemli küresel olaylara yol açmıştır. Bunlardan biri küresel ısınma ve iklim değişiklikleridir. Küresel ısınma ve iklim değişikliklerinin çevre ve sağlık üzerindeki etkilerine uyum sağlanması ve bu olumsuz etkilerinin azaltılması noktasında tıp fakültesi akademik personelinin rolü çok önemlidir. Bu araştırmayla tıp fakültesi akademik personelinde küresel ısınma ve iklim değişiklikleriyle ilgili farkındalığın ve çevre duyarlılığının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Tanımlayıcı tipteki araştırmanın evreni, Şubat 2025'te bir tıp fakültesinde öğretim üyesi ve araştırma görevlisi olarak çalışan 360 kişidir. Çalışmada örnek seçilmemiş olup, evreni oluşturan kişilerin tamamına ulaşılması hedeflenmiş, araştırma 239 (%66,3) kişiyle gerçekleştirilmiştir. Çalışma öncesi ilgili dekanlık ve Kırıkkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (karar no: 2024.10.24) izin alınmıştır. Çalışmada finansal desteğe başvurulmamış olup, herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır. Veri kaynağı olarak, araştırmacılarca literatür taranarak oluşturulan 44 soru ve Ekolojik Zeka Ölçeği'nden (EZÖ) oluşan anket formu kullanılmıştır. Katılımcıların bilgi düzeyini ölçmeye yönelik katılımcılar tarafından hazırlanan önermelere verdikleri doğru cevaplar '1 puan' yanlış cevaplar ve bilgim yok dedikleri cevaplar '0 puan' olarak değerlendirilmiştir, 10 soruluk önermelerden en az '0 puan', en çok '10 puan' alınmaktadır. Anket formları, katılıma gönüllü akademik personelin çalıştıkları birimlere gidilerek gözlem altında Şubat-Mart 2025'te uygulanmıştır. Araştırmanın değişkenleri; yaş, cinsiyet, küresel ısınma ve iklim değişikliklerinin etkilerini hissetme, konuyla ilgili bilinen sağlık çıktısı gibi bazı özellikler, bu konudaki bilgi ve farkındalıkları ve EZÖ puanıdır. EZÖ Özgün (2018) tarafından geliştirilmiş ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek 4 alt boyuttan ve 24 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 24 ve 120 arasındadır. Ölçeğin alt boyutlarından ve genelinden alınan puanların artması katılımcıların ekolojik zekâ düzeylerinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Çalışma verileri SPSS 25.0 ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama ± standart sapma olarak sunulmuştur. Niceliksel verilerin değerlendirilmesinde normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov, istatistiksel analizler Ki-Kare, Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis ve ANOVA testleriyle değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$'dir. Araştırmanın sınırlılıkları evrenin tamamına ulaşılamaması ve tüm akademik personele genellenebilir veriler elde edilememesidir.

Bulgular

Katılımcıların (n=239) ortalama yaşı 36,0±9,8 (en az 25,en çok 61) yıl olup %52,3'ü erkektir. Katılımcıların %90,8'i (n=217) yaşadıkları yerde küresel ısınma ve iklim değişikliklerinin etkilerini hissettiklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların çoğu küresel ısınma ve iklim değişiklikleri konusunda kendi bilgi (%60,7, n=145) ve farkındalık düzeylerini (%55,6, n=133) 'orta' olarak belirtmiştir. Katılımcılar küresel ısınma ve iklim değişikliklerinin sağlık etkileri hakkında aklına ilk gelen sağlık etkisinin bulaşıcı hastalıklar (%24,1, n=67) olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların bilgi düzeyini ölçmeye yönelik sorulardan aldıkları puan ortalaması 6,37±1,75'dir. Katılımcıların çoğu (%90<) doğal kaynakların korunması, gelecekte küresel ısınma ve iklim değişiklikleri etkilerinin artacağı gibi farkındalık düzeyini ölçmeye yönelik önermelere katılmaktadır. Katılımcıların dahili veya cerrahi bölümde çalışma durumu ile küresel ısınma ve iklim değişiklikleri ile ilgili beyan ettikleri bilgi düzeyleri ($p<0,001$) ve farkındalık düzeyleri ($p=0,009$) arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Katılımcıların EZÖ'den aldıkları puan ortalaması 72,7±18,1'dir. EZÖ toplam puanı çocuğu olan katılımcılarda

olmayanlara göre (p<0,001), öğretim üyesi olan katılımcılarda araştırma görevlisi olanlara göre (p<0,001) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Sonuç ve Öneriler

Katılımcıların küresel ısınma ve iklim değişikliklerinden etkilendiği ama konuyla ilgili bilgi ve farkındalık düzeylerini yeterli görmedikleri tespit edilmiştir. Sağlık etkilerinin tespiti, artması beklenen sağlık sorunlarının azaltılması, sağlık sisteminin bu sorunlara uyarlanması gibi konularda büyük rol oynayabilecek tıp fakültesi akademik personelinin küresel ısınma ve iklim değişiklikleri farkındalığının artırılması çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Küresel ısınma, iklim değişikliği, tıp fakültesi, akademik personel

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S140]
GENÇLERİN İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ VE RUH SAĞLIĞI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİNE İLİŞKİN BAKIŞ AÇILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE KESİTSEL BİR ÇALIŞMA

Sümeyye Nur Aydın[1], Büşra Kara[2], Hazal Cansu Çulpan[2], Uğurcan Sayılı[2], Mehmet Sarper Erdoğan[2], Ethem Erginöz[2], Günay Can[2]
[1]İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı
[2]İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

İklim değişikliği, günümüz dünyasında özellikle sonuçlarının yükünü taşıması beklenen gençleri etkileyen önemli bir sağlık tehdidi olarak öne çıkmaktadır. Çevresel sorunlara karşı sıkıntı ve endişe duygularını ifade eden artan eko-anksiyete olgusu, gençler arasında bir sağlık sorunu olarak ortaya çıkmıştır. Bu çalışma, üniversite öğrencilerinin iklim değişikliği hakkındaki duygu, düşünce ve görüşlerini incelemeyi ve iklimle ilgili sıkıntıları ile yöneticilerin konuya ilişkin müdahalesine yönelik algıları arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem

Kesitsel tipteki bu araştırma, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa'nın fakültelerinde öğrenim gören üniversite öğrencilerine yüz yüze anket yöntemi ile 15.09.2022-15.12.2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Üniversitede (tıp, sağlık bilimleri, eğitim, spor bilimleri, mühendislik, ormancılık, veterinerlik, diş hekimliği, eczacılık fakülteleri) öğrenim gören ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden toplam 872 öğrenci çalışmaya dâhil edilmiştir. Anket formu 2 ana bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sosyodemografik özellikler, yaşam tarzları ve iklim değişikliği deneyimlerine ilişkin sorular yer almaktadır. İkinci bölümde Caroline Hickman ve arkadaşları tarafından geliştirilen anket yer almaktadır. Anketin kullanım izni ilgili yazardan alınmıştır. Anket önce tarafsız bir uzman tarafından Türkçeye çevrilmiş ve ardından Türkçe anket farklı bir tarafsız uzman tarafından tekrar İngilizceye çevrilmiştir. Anketin alanları arasında endişe düzeyi, işlevselliği olumsuz etkileyen duygular, on dört olumlu ve olumsuz temel duygunun varlığı, yedi temel olumsuz düşüncenin varlığı ve iklim değişikliği hakkında konuşurken görmezden gelinme/dışlanma deneyimi ile yöneticilerin iklim değişikliğine verdiği yanıt hakkındaki inançlar ve duygusal etkisi yer almaktadır. Katılımcıların yöneticilerin iklim değişikliğine verdiği tepkileri değerlendiren güven ve güvensizlik ölçeklerine verdikleri yanıtlara ilişkin Cronbach α değerleri sırasıyla 0,89 ve 0,94 olarak bulunmuştur. Veriler SPSS v.25 (IBM Corp., Armonk, NY, ABD) kullanılarak analiz edilmiş ve istatistiksel anlamlılık için p değeri < 0,05 kabul edilmiştir. Çalışma İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından onaylandı (Onay numarası ve tarihi: 514332-21.10.2022).

Bulgular

Çalışma, genç katılımcıların büyük çoğunluğunun (%90,6) iklim değişikliğinin insanlık ve gezegen üzerindeki olumsuz etkileri konusunda endişe duyduğunu ortaya koymuştur. Katılımcıların %36,6'sı iklim değişikliği hakkındaki duygularının günlük yaşamlarını olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Katılımcıların yarısından fazlası, iklim değişikliğine tepki olarak korku, üzüntü, kaygı ve çaresizlik gibi olumsuz duygular yaşadığını bildirmiştir. Ayrıca, ankete katılanların %80,7'si gelecek konusunda endişe duyduğunu ifade etmiş ve %72,7'si gezegeni koruyamamanın insan eylemlerine bağlı olduğunu belirtmiştir. Yöneticilerin iklim değişikliğine verdiği yanıtlar konusunda, katılımcılar genellikle olumsuz algılara sahipti. İklim değişikliğine bağlı olaylardan (aşırı sıcak hava dalgaları ve yangın gibi) etkilendiğini belirten katılımcıların olumsuz algı puanı daha yüksekti (p<0,001).

Sonuç ve Öneriler

Çalışmaya katılan üniversite öğrencilerinin neredeyse tamamı iklim değişikliğinin insanları ve gezegeni tehdit ettiği konusunda değişen düzeylerde endişe duyduklarını bildirmiştir. Öğrencilerin yarısından fazlası korku,

üzüntü, kaygı ve çaresizlik gibi olumsuz inançlar ve olumsuz duygular bildirmiştir. Gençler, yöneticilerin iklim değişikliğine verdiği yanıt hakkında olumsuz inançlar bildirmiştir. İklim değişikliğinden en çok etkilenecek olan çocuklar ve gençlerin, alınacak önlemler ve yapılacak müdahaleler konusunda yöneticiler tarafından daha fazla ilgiye ihtiyaç duyduğu görülmektedir. Çalışmanın örneklemi tek bir üniversiteyle sınırlı olmakla birlikte, dokuz farklı fakülteden geniş bir öğrenci grubunu kapsaması, çalışma öncesi örneklem hesabı yapılmış olması, bulguların çeşitliliğini ve temsil gücünü artırmaktadır. Çalışmanın bir diğer sınırlılığı ise özbildirim verilerinin kullanılmış olmasıdır. Yöneticilerin iklim değişikliğiyle ilgili politikalar geliştirirken gençlerin fikirlerini almak ve gençleri sorunun çözümünde paydaş olarak değerlendirerek uygun platformlar oluşturmak hem gençlerin olumsuz duygularını azaltacak hem de güven duymalarına katkıda bulunacaktır.

Anahtar Kelimeler: İklim değişikliği, eko-anksiyete, ruh sağlığı

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S141]
İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ VE SUYLA İLİŞKİLİ HASTALIKLAR: BİBLİYOMETRİK, BİLGİ HARİTALAMA, İÇERİK VE KONU MODELLEME ANALİZİ

***Serdar Karakullukçu*[1], *İrem Dilaver*[1], *Fatih Gürcan*[2], *Murat Topbaş*[1], *Ömer Faruk Savaş*[3], *Nazım Ercüment Beyhun*[1]**
[1]*Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[2]*Karadeniz Teknik Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Yönetim Bilişim Sistemleri Anabilim Dalı*
[3]*Karadeniz Teknik Üniversitesi, Fen Fakültesi, Bilgisayar Bilimleri Anabilim Dalı*

Giriş-Amaç

Su, biyolojik, kimyasal ve fiziksel özellikleriyle ekosistemlerin temelini oluşturmanın yanı sıra içme, tarım, sanayi ve günlük yaşam için vazgeçilmez bir kaynaktır. Yeterli ve güvenli suya erişim, temizlik koşullarının sağlanması ve sağlık hizmetlerinin kesintisiz yürütülebilmesi açısından da zorunludur. Ancak, dünya nüfusunun önemli bir bölümü halen güvenli su ve sanitasyon hizmetlerine düzenli erişimden yoksundur. Öte yandan, iklim değişikliği, küresel ölçekte çevreyi ve toplumu derinden etkileyen en büyük zorluklardan biri haline gelmiştir. Artan sıcaklıklar, değişen yağış rejimleri, yükselen deniz seviyeleri ve artan aşırı hava olayları, ekosistemler üzerinde yıkıcı etkiler yaratmakta ve insan sağlığı için ciddi bir tehdit oluşturmaktadır. Küresel iklim değişikliğinin etkileri, yalnızca akademik çalışmalarda değil, aynı zamanda insanların günlük yaşamlarında da giderek daha belirgin hale gelmektedir. Bu değişimlerin boyutunu ve yarattığı tehdidin ciddiyetini vurgulamak üzere, bilim çevreleri ve politika yapıcılar tarafından "küresel iklim krizi" ifadesi giderek daha yaygın biçimde kullanılmaktadır. Su ile ilişkili hastalıklar ve iklim değişikliği arasındaki ilişki, akademik literatürde giderek daha fazla ilgi gören bir konudur. Bu alandaki araştırmaların zaman içindeki yönelimi, hacmi ve büyüme eğiliminin sistematik olarak incelenmesi; etkileşimlerin daha iyi anlaşılmasına ve bulguların sağlıklı yorumlanmasına katkı sağlayacaktır. Bu araştırma, bibliyometrik analiz, bilgi haritalama, konu modellemesi ve içerik analizi gibi çoklu yöntemleri birleştiren kapsamlı bir yaklaşımla, iklim değişikliğinin su ile ilişkili hastalıklar üzerindeki etkilerini inceleyen bilimsel literatürün yapısını ve tematik evrimini sistematik olarak ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem

Analiz kapsamında, Web of Science (WoS) veri tabanında 1995 ile Temmuz 2025 tarihleri arasında yayımlanmış makaleler için kapsamlı bir tarama yapılmıştır. Dahil etme kriterleri: araştırma makalesi olması, yayın dilinin İngilizce olması, derginin SCIE/SSCI indekslerinde yer alması, konunun iklim değişikliği ve su ilişkili hastalıkların kesişimine odaklanması olarak belirlenmiştir. Bu kriterlere göre 1299 makale analize dahil edilmiştir. Literatürün bibliyometrik profilini ve bilgi haritalamasını (ülke iş birlikleri, anahtar kelime ağları vb.) çıkarmak için VOSviewer, CiteSpace ve Biblioshiny programları kullanılmıştır. Çalışmalardaki gizli tematik yapıları ve araştırma konularını belirlemek amacıyla BERTopic algoritması ile konu modellemesi uygulanmıştır. Son olarak, yayınlar arasından en fazla atıf alan 50 makale seçilerek içerik analizi gerçekleştirilmiştir. Yapılan içerik analizinde çalışmaların sınırlılıkları ve sonuçlarına odaklanılmıştır.

Bulgular

Yıllık yayın sayısı 2007 sonrasında hızla artmış ve 2024'te zirve yapmıştır. Bilimsel üretimde ABD, Çin ve Birleşik Krallık en fazla yayın üreten ülkeler olarak öne çıkmaktadır. Ortak yazarlık ağları, yüksek risk altındaki birçok bölgenin sınırlı katılım gösterdiğini ortaya koymaktadır. Konu modelleme analizi, araştırmaların sıtma ve dang humması odaklı olduğunu ve bu iki temanın toplam araştırmaların %40'ından fazlasını oluşturduğunu göstermiştir. Araştırma eğilimleri incelendiğinde, risk modelleme ve vektör habitat uygunluğu gibi alanlarda artan bir ilgi gözlemlenmiştir. İçerik analizi hastalıkların daha önce görülmeyen yüksek rakımlı bölgelere yayıldığını, aşırı hidrolojik olayların (sel, kuraklık) sağlık etkilerini artırdığını ve çocuk, yaşlı ile düşük gelirli topluluklar gibi savunmasız grupların orantısız risk altında olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca, iklimle ilişkili

sağlık risklerini tanımlama ile bu riskleri azaltacak etkili adaptasyon önlemlerini uygulama arasında ciddi bir açık bulunduğu vurgulanmaktadır.

Sonuç ve Öneriler

İklim değişikliği ve su ilişkili hastalıklar literatürü 2007'den sonra hızla büyümüştür. Tanımlayıcı türdeki çalışmalardan, modelleme ve proaktif risk tahminine doğru bir değişim göze çarpmaktadır. Su kaynaklı ve vektör kaynaklı enfeksiyonlar yeniden önem kazanmış ve çalışmalara küresel katılım artmıştır. Bu akademik ivmeyi somut bir etkiye dönüştürmek için öncelikler; iklim ve epidemiyolojik verileri birleştiren entegre erken uyarı sistemleri kurmak, su ve sanitasyon altyapısını iklim krizine karşı dayanıklı hale getirmek olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bibliyometrik analiz, içerik analizi, iklim değişikliği, konu modelleme, su ilişkili hastalıklar

TAM METİN SÖZLÜ BİLDİRİ

[S142]
TÜRKİYE'DE KURAKLIK VE SU KRİZİ: İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ, SU YÖNETİMİ VE HALK SAĞLIĞI PERSPEKTİFİ

Nergiz Sevinç, Didemnur Doğan, Resil Coşkun
Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Özet

Küresel iklim değişikliğinin en önemli sonuçlarından biri olan kuraklık, su kaynakları üzerinde ciddi baskı oluşturarak ekosistem dengesinde, ekonomik sürdürülebilirlikte ve halk sağlığı üzerinde doğrudan tehdit oluşturmaktadır. Türkiye, yarı kurak iklim kuşağında yer alması nedeniyle bu tehdide karşı hassas konumdadır. Kişi başına düşen kullanılabilir su miktarı ise 1.312 m^3 olup, bu değer Türkiye'yi "su stresi yaşayan ülkeler" kategorisine yerleştirmektedir. Kuraklığın halk sağlığına etkileri çok boyutludur; yetersiz beslenme, su ve gıda güvensizliği, bulaşıcı hastalıklar, ağır metal maruziyeti, ruh sağlığı bozuklukları ve göç gibi sonuçlara yol açmaktadır. Devlet Su İşleri Genel Müdürlüğü (DSİ) ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, Türkiye'de kullanılabilir suyun %77'i tarımsal sulamada tüketilmekte; içme suyu şebekelerinde ise ortalama %30 düzeyinde kayıp-kaçak meydana gelmektedir. Dolayısıyla, suyun yönetiminde verimlilik, adalet ve sürdürülebilirlik ilkelerinin güçlendirilmesini zorunlu kılmaktadır. Bu bağlamda, suyun korunması yalnızca çevresel bir sorun olmanın ötesinde toplumsal adalet boyutu taşıyan bir halk sağlığı meselesidir. Havza bazlı yönetim, modern sulama tekniklerinin yaygınlaştırılması, güvenli içme suyu, sanitasyon ve hijyen (WASH) uygulamalarının güçlendirilmesi ve bireysel düzeyde "Azalt–Yeniden Kullan–Değiştir" stratejisinin benimsenmesi, Türkiye'nin su krizine karşı dayanıklılığını artıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Halk Sağlığı, İklim Değişikliği, Kuraklık, Su Krizi

Giriş

Kuraklık, küresel iklim değişikliğinin ortaya çıkardığı en önemli sonuçlardan biridir. Azalan yağışlar ve yükselen sıcaklıkların etkisiyle, bir ya da birden fazla mevsime yayılan ve tekrar eden biçimde görülen bu durum; su kaynaklarına bağlı tüm doğal varlıkları olumsuz etkileyen bir doğal afet olarak tanımlanabilir. İklim değişikliğine bağlı olarak dünya genelinde artan sıcaklıklar ve düşen yağış miktarı, kuraklığın sürekliliğini ve etkilerini daha da ağırlaştırmaktadır. Kuraklık, başlangıç ve bitiş zamanının kesin olarak belirlenememesi ve yavaş ilerlemesi nedeniyle, etkileri kademeli olarak artan ve bu yönüyle diğer doğal afetlere kıyasla yönetimi daha güç olan bir süreçtir (1). İklim koşullarındaki belirgin değişimler ve doğal kaynakların denetimsiz tüketimi sonucunda, insan yaşamını ciddi şekilde tehdit eden meteorolojik afetler arasında en kritik olanı kuraklık olarak kabul edilmektedir (2).

İklim değişikliği, atmosferik dolaşım düzenlerini etkileyerek nemli bölgelerin daha nemli, kuru bölgelerin ise daha kuru hale gelmesine neden olmaktadır. Artan aşırı sıcaklıklar, kuraklık ve sıcak hava dalgalarının daha yaygın, şiddetli ve uzun süreli olarak görülmesine yol açmaktadır (3). Kuraklık, belirli dönemlerde yağış miktarının azalması ve aynı zamanda buharlaşmanın artması sonucunda ortaya çıkan bir olgudur. Yağışların yetersizliği; göller, nehirler ve yeraltı suları gibi tatlı su kaynaklarının azalmasına yol açarak kuraklığın oluşmasına neden olmaktadır. Bunun yanında, kuraklık dönemlerinde buharlaşmanın artması şehirlerde kullanılan su rezervleri üzerinde ek bir baskı oluşturmaktadır (4).

Kuraklık; sağlık, tarım, ekonomi, enerji üretimi, doğal ekosistemler, biyolojik çeşitlilik ve toprak sağlığı üzerinde derin etkiler yaratmaktadır. Bu unsurların tümü, insan yaşamının sürdürülebilirliği ve ekonomik faaliyetlerin devamlılığı açısından kritik öneme sahiptir (3).

Özellikle Sanayi Devrimi'nin etkilerinin belirginleştiği 1850'lerden 2000 yılına kadar dünya genelinde

ortalama 1°C'lik sıcaklık artışı kaydedilmiş, bu artışın temel nedenleri arasında fosil yakıt tüketimindeki artış, sanayileşme, hızlı nüfus artışı ve ormansızlaşma yer almıştır. 21. yüzyıla gelindiğinde ise, iklim sisteminde bozulmalar yaşandığı artık tüm iklim bilimciler tarafından kabul edilmektedir. Ancak insanlığın bu süreçte gerekli tedbirleri almaması ve doğal dengenin bozulmasına yol açan faaliyetleri aynı yoğunlukla sürdürmesi halinde, gelecekte küresel ısınmanın iklim üzerindeki olumsuz etkilerinin ve buna bağlı yaşamsal sorunların daha da artacağı öngörülmektedir (1).

Su kaynaklarının yanlış ve aşırı kullanımıyla birlikte beklenen yağışların gerçekleşmemesi durumunda, mevcut kaynaklar ihtiyacı karşılayamaz hale gelmekte ve böylece kuraklığın etkilerini daha da derinleştirmektedir (2).

Dünya üzerindeki toplam su miktarı yaklaşık 1,4 milyar km^3 olup, bunun %97,5'i okyanus ve denizlerde tuzlu su, yalnızca %2,5'i ise nehirler ve göllerde bulunan tatlı su kaynaklarından oluşmaktadır. Ancak mevcut tatlı suyun da yaklaşık %90'ı kutuplarda buzullar halinde veya yeraltında depolanmış durumdadır. Bu veriler, kullanılabilir tatlı su kaynaklarının son derece sınırlı olduğunu ve erişimin zorluğunu açıkça ortaya koymaktadır (5).

İklim Değişikliği ve Kuraklığın Halk Sağlığı Üzerindeki Etkileri

Doğal afetler, dünya genelinde çok sayıda insanın yaşamını yitirmesine, yaralanmasına ya da sağlığının olumsuz yönde etkilenmesine yol açmaktadır (4). Kuraklık, insan sağlığını doğrudan ve dolaylı olarak etkileyebilen ciddi bir tehdittir. Yetersiz beslenme, bulaşıcı hastalıkların artışı, su ve gıda güvenliğinin bozulması, solunum yolu hastalıkları ile ruhsal sorunlar bu etkiler arasında yer almaktadır (6).

Güvenli içme suyu, sanitasyon ve hijyen (WASH) uygulamaları, halk sağlığının korunması için kritik öneme sahiptir. Bu unsurların iyileştirilmesi, su kaynaklı hastalıkların önlenmesi, beslenme ve çevre sağlığının güçlendirilmesi ile doğrudan ilişkilidir ve sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ulaşmada kritik bir rol oynamaktadır (7). Kuraklık ve artan buharlaşma sonucunda hanelerde, kentsel su şebekelerinde, tarımda ve sanayide kullanılan suyun arzında azalmalar yaşanmakta, buna karşılık suya olan talep giderek artmaktadır. Bu dengesizlik, mevcut suyun kalitesinin bozulmasına yol açarak çeşitli sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (4). 2024 Birleşmiş Milletler Dünya Su Raporu'na göre, dünya nüfusunun yaklaşık yarısı, herhangi bir yıl içinde bir noktada su güvensizliği ile karşı karşıya kalmaktadır. Su güvensizliği; suyun yokluğu ya da kirlenmiş su kaynaklarının kullanılması sonucunda içilebilir su eksikliğinden kaynaklanabilir (8).

Kuraklığın sağlık üzerindeki en belirgin ve yaygın etkilerinden biri yetersiz beslenmedir. Kuraklık, ekosistemleri olumsuz etkileyerek tarım ve hayvancılık verimliliğini azaltmakta, bu durum mahsul kıtlığına ve hayvanlar için otlak ve su yetersizliğine yol açmaktadır. Sonuç olarak, gıda arzındaki azalma gıda kıtlığına ve gıda güvensizliğine neden olmakta, bu da doğrudan halk sağlığını tehdit etmektedir (9).

Kıtlık dönemlerinde su, hijyen sağlamak yerine daha çok yemek pişirme amacıyla kullanıldığından, bireyler kişisel ve çevresel temizliklerini yeterince sürdürememektedir. Dolayısıyla, suyun atık ve dışkılarla temas etmesine neden olmakta ve böylece suların kirlenmesine yol açmaktadır. Kirli suların kullanımı ve kötü hijyen koşulları; kolera ve tifo gibi ishalli hastalıkların yayılmasına, trahom ve uyuz gibi çeşitli sağlık sorunlarına neden olabilmektedir (4, 10).

Düşük yağış miktarı, su kütlelerinin besin seviyeleri, tuzluluk oranı ve asidite düzeyleri üzerinde doğrudan etkilidir. Bu çevresel faktörlerdeki değişimler ise, kolera etkeni olan Vibrio cholerae'nın hayatta kalma ve çoğalma koşullarını önemli ölçüde etkilemektedir (11). Kuru toprak, kuraklık sırasında tozun yerden uçup havaya karışmasını kolaylaştırır. Tozdaki alerjenler ve patojenler solunum yolu hastalıklarına neden olabilir (12).

İklim değişikliğinin olumsuz etkilerine karşı herkes belirli ölçüde savunmasız olsa da bazı gruplar fiziksel, çevresel ve sosyodemografik özellikleri ile yaşam evreleri nedeniyle daha yüksek risk altındadır. National Institutes of Health (NIH) 2021 raporuna göre kırılgan gruplar; düşük gelirli bireyler, göçmenler, yaşlılar, yerli

topluluklar, azınlıklar, engelli ya da kronik hastalığı olanlar, bebekler, çocuklar ve gebelerdir. Ayrıca mesleki maruziyet nedeniyle sağlık çalışanları, çiftçiler, balıkçılar, inşaat ve sanayi işçileri ile askeri personel de daha duyarlı gruplar arasında yer almaktadır (13).

Su kaynaklı enfeksiyonlar, gebelik ve fetüs sağlığı üzerinde çok yönlü olumsuz etkilere yol açabilir. Literatür; annede biliyer askariazis ve septisemi riski artışıyla birlikte spontan düşük, erken doğum, intrauterin büyüme geriliği ve doğumsal anomalilerle de ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu nedenle güvenli içme suyu ile hijyen ve sanitasyon uygulamalarının güçlendirilmesi, özellikle gebeler için kritik bir halk sağlığı önceliğidir (14).

Kuraklık, insanların daha iyi yaşam koşulları arayışıyla göç etmelerine yol açan önemli bir çevresel baskı unsurudur. Ancak bu göç hareketleri, özellikle kalabalık ve yetersiz altyapıya sahip yerleşim alanlarında bulaşıcı hastalıkların yayılma riskini artırmakta ve halk sağlığı açısından ek sorunlara neden olabilmektedir (15).

İklimlerde meydana gelen değişimler yalnızca fiziksel sağlığı değil, aynı zamanda psikolojik sağlığı da önemli ölçüde etkilemektedir. İklim değişikliğine bağlı olarak ortaya çıkan aşırı hava olayları ve doğal afetler, bireylerde akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve depresyon gibi doğrudan psikiyatrik etkilerin görülmesine yol açabilir (16). Uzun süreli kuraklıkların psiko-sosyal etkileri, toplumların kültürel yapısına ve yaşam biçimlerine göre farklılık gösterebilmektedir. Örneğin, Avustralya'da çiftçiler arasında kuraklık dönemlerinde intihar vakalarının görüldüğü resmi kayıtlara yansıdığı bilinmektedir (17).

İklim değişiklikleri sadece insan sağlığını değil, doğal ekosistemleri ve tüm canlıların yaşam alanlarını da etkilemektedir. Özellikle soğuk iklim kuşağında görülen ısınma, sivrisinek ve kemirgenler gibi vektörlerin yaşam alanlarının bu bölgelere doğru kaymasına neden olabilmektedir. Sonuç olarak, vektör kaynaklı hastalıkların farklı coğrafyalara taşınması ve yeni bölgelerde görülmesi olası hale gelmektedir (16).

Türkiye'de Su Potansiyeli, Kullanım Durumu ve İklim Değişikliğinin Etkileri

Türkiye'nin yıllık ortalama alansal yağış miktarı 574 mm olup, bu değer yaklaşık 450 milyar m^3 toplam yağış hacmine karşılık gelmektedir. Ülkemizin yıllık ortalama yüzey akışı 185 milyar m^3 ve emniyetli yeraltı suyu rezervi ise 18 milyar m^3 olarak hesaplanmıştır (18).

Son on yılda küresel ölçekte su kıtlığı önemli bir gündem konusu haline gelmiş ve bu alanda yapılan çalışmalar ile göstergeler artış göstermiştir. İsveçli su uzmanı Malin Falkenmark tarafından 1989 yılında geliştirilen Falkenmark Göstergesi, su stresi düzeyini ölçmede yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Bu gösterge, bir ülke veya bölgedeki mevcut su kaynaklarının yıllık toplam miktarının, o ülkede veya bölgede yaşayan nüfusa bölünmesiyle kişi başına düşen yıllık su potansiyelini hesaplamakta ve suyun yeterliliği konusunda önemli bir ölçüt sunmaktadır (19).



Şekil 1. *Falkenmark Göstergesi Sınıfları (20)*

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre Türkiye'nin nüfusu 31 Aralık 2023 itibarıyla 85.372.377 kişi olarak belirlenmiştir. Falkenmark göstergesine göre bir ülkenin su potansiyeli açısından zengin kabul edilebilmesi için kişi başına düşen yıllık su miktarının 1.700 m^3'ün üzerinde olması gerekmektedir. Türkiye'nin teknik ve ekonomik olarak kullanılabilir su potansiyeli dikkate alındığında kişi başına düşen su miktarı 1.312 m^3/yıl düzeyindedir. Bu veriler, Türkiye'nin su potansiyeli bakımından zengin ülkeler arasında yer almadığını göstermektedir. Nüfus artışı ve iklim değişikliğinin yaratacağı baskılar dikkate alındığında, Türkiye'nin önümüzdeki yıllarda su kısıtı yaşayan ülkeler arasında yer alması olasıdır (18).

DSİ 2021 Performans Programı verilerine göre, Türkiye'de yıllık toplam su tüketimi, kullanılabilir su potansiyelinin (112 milyar m^3) yaklaşık %52'sine karşılık gelmekte olup 57,7 milyar m^3 düzeyindedir. Bu miktarın 44,25 milyar m^3'ü (%77) tarımsal sulamada, 13,27 milyar m^3'ü (%23) ise içme-kullanma ve sanayi amaçlı ihtiyaçların karşılanmasında kullanılmaktadır. Kaynaklara göre değerlendirildiğinde ise tüketilen suyun 40,68 milyar m^3'ü (%70) yüzeysel sulardan, 17,03 milyar m^3'ü (%30) yeraltı sularından sağlanmaktadır (21).

Türkiye'de su tüketiminin en büyük payı tarıma aittir. İklim değişikliğine bağlı kuraklık ve su kıtlığı, özellikle tarıma dayalı ve geniş sulama alanlarına sahip illerde verim kaybı, gıda güvenliği ve kırsal kalkınma açısından ciddi riskler doğurabilir. Bu nedenle tarımda suyun etkin kullanımı kritik önemdedir: yüzey sulamada su kaybı yaklaşık %35–60 iken, yağmurlama ve damla sulamada %5–25'e düşmektedir; bu da modern sulama teknolojilerinin yaygınlaştırılmasının su verimliliğini artırmada belirleyici olduğunu göstermektedir. (22).

Türkiye'de iklim koşulları kuzeyden güneye doğru artan bir kuraklık eğilimi göstermektedir. Ege, Akdeniz, Doğu ve Güneydoğu Anadolu'nun bazı kesimleri çok kurak alanlar arasında yer alırken; Karadeniz kıyıları nemli, Trakya'nın bir bölümü ise yarı nemli iklim özellikleri taşımaktadır. DSİ verilerine göre, Doğu Karadeniz yıllık 1.200–2.500 mm ile en fazla yağış alan bölge iken, İç Anadolu'da bu miktar 250–300 mm'ye kadar düşmektedir. Bu farklılık, Türkiye'de su kaynaklarının mevsimsel ve bölgesel açıdan dengesiz dağıldığını ve yerel iklim koşullarına uyumlu su yönetimi politikalarının önemini ortaya koymaktadır (22, 23).

Günümüz iklim koşulları göz önüne alındığında, Türkiye'de küresel iklim değişikliğinin etkileri; su kaynaklarının azalması, kuraklık, sıcak hava dalgalarının artması, sel felaketlerinin sıklaşması ve tarımsal verimlilikte düşüş şeklinde ortaya çıkmaktadır (24).

Acil Durum Olayları Veri tabanı (EM-DAT), afetlerin ülkeler bazında etkilerine ilişkin verileri içeren uluslararası bir veri tabanıdır. EM-DAT, afetlerin gerçekleştiği ve etkilenen idari alanları; afet türü, kapsamı, etkilenen nüfus ve neden olunan ekonomik kayıplar gibi bilgileri sistematik olarak sunar. EM-DAT verilerine göre "toplam etkilenen" ifadesi, belirli bir afet olayı sonucunda yaralanan, etkilenen ve evsiz kalan kişilerin toplamını temsil etmektedir. EM-DAT verilerine göre, 2000-2020 yılları arasında Türkiye'de meydana gelen yedi farklı iklimle ilişkili afet türünden toplam 182.792 kişi etkilenmiştir (25). Bu veriler, Türkiye'nin iklimle ilişkili afetler karşısındaki kırılganlık düzeyini sayısal olarak göstermektedir.

Türkiye'de İçme Suyu Şebekelerinde Su Kayıpları, Gelir Getirmeyen Su ve Yönetim Stratejileri

İklim değişikliğinin, içme ve kullanma suyu kaynakları üzerinde de olumsuz etkiler yaratacağı öngörülmektedir. Özellikle kentsel nüfus artışı, su talebini hızla artırarak mevcut kaynaklar üzerindeki baskıyı güçlendirmektedir. Bu nedenle, kuraklık ve su kıtlığı risklerinin, yıllık toplam su çekimi yüksek olan ve kişi başına düşen su tüketiminin fazla olduğu illerde daha belirgin şekilde hissedilmesi beklenmektedir. Bu durum, kentsel su yönetimi politikalarında iklim uyumunun ve talep yönetiminin önceliklendirilmesi gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır (22).

İçme suyu dağıtım şebekelerinde meydana gelen toplam su kayıpları, iki ana başlık altında sınıflandırılmaktadır. Bunlar fiziki kayıplar ve idari kayıplardır. Toplam su kaybı, bu iki unsurun birleşiminden oluşmaktadır. Fiziki kayıplar genellikle şebekedeki kaçaklar, sızıntılar ve teknik altyapı yetersizliklerinden kaynaklanırken; idari kayıplar ölçüm hataları, usulsüz kullanımlar ve kayıt dışı tüketimden kaynaklanmaktadır(26). Genel olarak değerlendirildiğinde, içme suyu şebekelerinde meydana gelen toplam su kayıplarının yaklaşık %60'ını fiziki su kayıpları, %40'ını ise idari su kayıpları oluşturmaktadır (22).

Su dağıtım sistemlerindeki kayıp-kaçak oranları ülkeler arasında önemli farklılıklar göstermektedir. Avrupa Birliğinde ortalama %24, Amerika Birleşik Devletleri'nde %12-15, Avustralya'da yaklaşık %10, Almanya ve Danimarka gibi gelişmiş ülkelerde bu oran %10'un altında seyrederken, Macaristan, Slovenya, Bulgaristan ve Türkiye'de ise yaklaşık %50 düzeyinde gerçekleşmektedir. Bu durum, suyun etkin yönetimi ve altyapı yatırımlarının önemini gözler önüne sermektedir (27). Bu veriler, gelişmiş ülkelerde altyapı yönetimi ve su verimliliği politikalarının kayıp-kaçak oranlarını önemli ölçüde azaltabildiğini göstermektedir (28).

Türkiye'de içme suyu şebekelerindeki kayıp-kaçak oranı TÜİK 2012 verilerine göre %43,6 olarak bildirilmiştir. TÜİK'in 2018 ve 2020 yıllarına ait belediye su ve atık su istatistikleri incelendiğinde, içme ve kullanma suyu şebekeleriyle çekilen su miktarı 2018'de 6.193 milyon m^3, 2020'de ise 6.492 milyon m^3 olarak kaydedilmiştir. Aynı yıllarda şebeke aracılığıyla dağıtılan su miktarı sırasıyla 4.045 milyon m^3 ve 4.309 milyon m^3 olmuştur. Bu değerler dikkate alındığında, çekilen suyun dağıtılabilen kısmının 2018'de %65,3, 2020'de ise %66,4 olduğu; buna karşılık kayıp-kaçak oranlarının ise 2018'de %34,7, 2020'de %33,6 düzeyinde gerçekleştiği görülmektedir (27). Türkiye ortalamasında %30'lar civarına düşürülmesine rağmen hala bazı belediyelerde %60'lara varan su kayıpları gözlemlenebilmektedir (28).

Gelir getirmeyen su, yalnızca su kayıplarını değil faturalandırılmamış izinli tüketimi de kapsar; bu nedenle bu tür tüketim mevcutsa, gelir getirmeyen su miktarı toplam kayıp hacminden daha yüksektir. İzinli fakat faturalandırılmayan tüketim (ör. ibadethaneler, park/yeşil alanlar, yangın muslukları; iletim-dağıtım hatlarının bakım/onarımında tahliye edilen sular) gelir getirmez (26).

Ülkemizde yüksek seviyelerde seyreden su kayıplarının azaltılması gerekliliği ve bu yolla sağlanabilecek çevresel, ekonomik ve sosyal kazanımlar dikkate alınarak, su kayıplarının kontrolüne ilişkin yasal düzenlemeler yürürlüğe konulmuştur. Bu kapsamda, "İçme Suyu Temin ve Dağıtım Sistemlerindeki Su Kayıplarının Kontrolü Yönetmeliği" 8 Mayıs 2014 tarihinde (Resmî Gazete, Sayı: 28994) yayımlanmış; ardından yönetmeliğin uygulanmasına ilişkin esasları belirleyen "Teknik Usuller Tebliği" 16 Temmuz 2015 tarihinde (Resmî Gazete,

Sayı: 29418) yürürlüğe girmiştir. Söz konusu düzenlemelerle, su idareleri için kayıp oranlarını kademeli olarak azaltma yükümlülüğü getirilmiştir (26).

Bu yönetmeliklere göre öngörülen düzeyler aşağıdaki tabloda verilmiştir;

***Tablo 1**. İçme Suyu Temin ve Dağıtım Sistemlerindeki Su Kayıplarının Azaltılmasına Yönelik Hedef Süre ve Oranlar (26)*

Belediye Türü	1. Aşama (Yürürlükten sonraki süre)	Hedef Oran	2. Aşama (İlave süre)	Nihai Hedef
Büyükşehir ve il belediyeleri	5 yıl	≤ %30	+4 yıl	≤ %25
Diğer belediyeler	9 yıl	≤ %30	+5 yıl	≤ %25

İSKİ (İstanbul Su ve Kanalizasyon İdaresi) verilerine göre, gelir getirmeyen su miktarı 2023 yılında %20,49, 2022'de %21,23 ve 2021'de %21,78 olduğu gözlemlenmiştir (29).

Büyükşehir belediyelerinin 2015 yılı mali raporlarına göre, Türkiye'de gelir getirmeyen su oranları iller arasında önemli farklılıklar göstermektedir. En yüksek oranlar %57 ile %69 arasında değişmekte olup Şanlıurfa, Ordu, Mardin, Hatay, Balıkesir ve Aydın illerinde kaydedilmiştir. Buna karşın, Tekirdağ, Bursa ve İstanbul gibi illerde gelir getirmeyen su oranlarının %17-24 aralığında olduğu belirlenmiştir. Tüm iller bazında ortalama değer ise %42 olarak hesaplanmıştır. Bu oran, gelişmiş ülkelerdeki ortalama su kayıp-kaçak oranlarıyla karşılaştırıldığında oldukça yüksek olup, Türkiye'de su yönetimi ve altyapı modernizasyonu alanında daha kapsamlı önlemlerin gerekliliğine işaret etmektedir (30).

Sonuç ve Öneriler

İklim değişikliği, su kaynaklarının miktar ve kalite bakımından sürdürülebilirliğini tehdit eden en önemli çevresel sorunlardan biridir. Türkiye gibi yarı kurak iklim kuşağında yer alan ülkelerde bu tehdit, halk sağlığı, tarım, sanayi ve kentsel yaşam üzerinde doğrudan etkiler yaratmaktadır. Kuraklık, yalnızca suyun fiziksel azalması değil; aynı zamanda beslenme, hijyen, sanitasyon ve ruh sağlığı gibi temel yaşam alanlarını etkileyen çok boyutlu bir halk sağlığı problemidir.

Türkiye'nin mevcut su potansiyeli, artan nüfus ve iklim değişikliğinin baskısıyla birlikte kişi başına 1.312 m^3 düzeyine gerilemiş; bu da ülkemizi "su stresi yaşayan ülkeler" kategorisine taşımıştır. Tarımsal sulamanın toplam su kullanımının %77'sini oluşturması, verimliliği artıracak modern sulama yöntemlerinin ve su yönetimi politikalarının önemini göstermektedir. Kentlerde ise su kayıplarının yüksekliği, yetersiz altyapı, çarpık yapılaşma ve hızlı nüfus artışı su krizini derinleştirmektedir.

Bu nedenle suyun korunması, yönetilmesi ve adil biçimde paylaşılması, yalnızca çevresel değil aynı zamanda sosyal bir adalet meselesi olarak ele alınmalıdır. Su ve sanitasyon hakkı, devletin tüm kurumlarınca korunmalı, toplumun her kesimine güvenli içme suyuna eşit erişim sağlanmalıdır.

Tablo 2. *Su Yönetimi İçin Politika ve Uygulamalar (31,32,33,34,35)*

Ana Eylemler	
Politika	
Havza Bazlı Entegre Yönetim	Yönetim planlarının havza ölçeğinde yapılması; DSİ-yerel yönetimler-çevre kurumları arasında ortak veri tabanı ve koordinasyon
Yasal Düzenlemelerin Güçlendirilmesi	Su kaybı/kaçak kontrolü mevzuatının etkin uygulanması; belediyelerde izleme-denetim ve performans raporlaması
Ulusal Su Sürveyans Sistemi	İçme suyu kalitesi, baraj doluluğu, sanitasyon ve su kaynaklı hastalıklar için merkezi, dijital, periyodik izleme
Su Fiyatlandırması ve Sosyal Koruma	Kademeli tarifelerle aşırı tüketimi caydırma; düşük gelirli hanelere sosyal su tarifesi/yardım programları
Sektörel	
Tarımsal Su Yönetimi	Damla/yağmurlama sulama teşviği; su ayak izi yüksek ürünlerde üretim planlaması ve bölgesel yönlendirme
Kentsel Altyapı	Akıllı sayaç ve basınç yönetimi; kaçak, sızıntı azaltımı; yeni binalarda yağmur suyu hasadı zorunluluğu
Sanayide Verimlilik	Kapalı devre su sistemleri; proses suyunun geri kazanımı, yeşil üretim sertifikalarının teşviki
Sağlık Altyapısı (WASH)	WASH uygulamalarının güçlendirilmesi; suyla ilişkili hastalıklara yönelik erken uyarı sistemleri
Toplumsal / Bireysel	
Azalt- Yeniden Kullan-Değiştir	Günlük su tasarrufu; gri su ve yağmur suyunun hane/iş yeri kullanımının yaygınlaştırılması
Eğitim ve Farkındalık	Okullarda su okuryazarlığı; medya kampanyaları, toplum temelli bilgilendirme programları
Davranışsal Değişim Programları	Hane/kurum bazında su tüketim raporları; geri bildirim ve hedef belirleme ile farkındalık artışı

Su verimliliği, iklim değişikliğine uyum politikalarının temel bileşenlerinden biridir. Tarımda modern sulama yöntemlerinin yaygınlaştırılması, sanayide kapalı devre sistemlerin teşviki ve kentsel altyapıda kayıp-kaçak oranlarının azaltılması, ülke çapında su tüketimini %25'e kadar düşürebilecek potansiyele sahiptir. Bu nedenle, "Azalt-Yeniden Kullan-Değiştir" ilkesi doğrultusunda bireysel ve kurumsal düzeyde su verimliliği uygulamaları yaygınlaştırılmalıdır.

Kuraklık ve su kıtlığı, artık yalnızca çevresel bir tehdit değil, toplumsal eşitsizlikleri derinleştiren bir halk sağlığı krizidir. Türkiye'nin sürdürülebilir geleceği, suyun miktar ve kalite açısından korunmasına, adil paylaşımına ve iklim değişikliğine uyum sağlayan bütüncül su yönetimi politikalarının kararlılıkla uygulanmasına bağlıdır. Tüm bu bulgular, Türkiye'nin su krizini yalnızca çevresel değil, aynı zamanda halk sağlığı temelli bir tehdit olarak ele alması gerektiğini göstermektedir.

Kaynaklar

1. *Partigöç NS, Soğancı S. Küresel iklim değişikliğinin kaçınılmaz sonucu: Kuraklık. Resilience. 2019;3(2):287-99.*
2. *Türkes M. Türkiye'de gözlenen ve öngörülen iklim değişikliği, kuraklık ve çölleşme. Ankara Üniversitesi Çevrebilimleri Dergisi. 2012;4(2):1-32.*
3. *Değişikliği İ, Riskleri AHF, Zhang J, Lai W, Wang P. Aşırı Kuraklık Olaylarının Küresel Sağlık Acil Durumları: Tarihsel Etkiler ve Gelecekteki Hazırlık. 2024.*
4. *Akalın M. Küresel Isınma ve İklim Değişikliği Nedeniyle Oluşan Doğal Felaketlerin İnsan Sağlığı Üzerindeki Etkileri. Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2013;6(2):29-43.*
5. *T.C. Tarım ve Orman Bakanlığı Su Yönetimi Genel Müdürlüğü. Tarım Sektöründe Su Verimliliğine İlişkin Metodolojik Rehber. Ankara2021.*
6. *Bouma M, Kovats R, Goubet S, Cox JSH, Haines A. Global assessment of El Niño's disaster burden. The Lancet. 1997;350(9089):1435-8.*
7. *Hutton G, Chase C. The knowledge base for achieving the sustainable development goal targets on water supply, sanitation and hygiene. International journal of environmental research and public health. 2016;13(6):536.*
8. *Howells M, Palmquist AE, Josefson C, Dancause K, Quinn E, Daniels L, et al. Climate change, evolution, and reproductive health: The impact of water insecurity and heat stress on pregnancy and lactation. Evolution, Medicine, and Public Health. 2025;13(1):125-39.*
9. *Mehdipour S, Nakhaee N, Khankeh H, Haghdoost AA. Impacts of drought on health: A qualitative case study from Iran. International Journal of Disaster Risk Reduction. 2022;76:103007.*
10. *Stanke C, Kerac M, Prudhomme C, Medlock J, Murray V. Health effects of drought: a systematic review of the evidence. PLoS currents. 2013;5:ecurrents. dis. 7a2cee9e980f91ad7697b570bcc4b004.*
11. *Asadgol Z, Mohammadi H, Kermani M, Badirzadeh A, Gholami M. The effect of climate change on cholera disease: The road ahead using artificial neural network. PloS one. 2019;14(11):e0224813.*
12. *Bifulco M, Ranieri R. Impact of drought on human health. European Journal of Internal Medicine. 2017;46:e9-e10.*
13. *Luber G, Prudent N. Climate change and human health. Trans Am Clin Climatol Assoc. 2009;120:113-7.*
14. *Sorensen C, Murray V, Lemery J, Balbus J. Climate change and women's health: Impacts and policy directions. PLoS medicine. 2018;15(7):e1002603.*
15. *Bellizzi S, Lane C, Elhakim M, Nabeth P. Health consequences of drought in the WHO Eastern Mediterranean Region: hotspot areas and needed actions. Environmental Health. 2020;19(1):114.*
16. *Cankardaş S, Sofuoğlu Z. İklim değişikliği ve birey üzerindeki etkilerinin gözden geçirilmesi. Nesne Psikoloji Dergisi. 2021;9(19):139-46.*
17. *Nicholls N, Butler CD, Hanigan I. Inter-annual rainfall variations and suicide in New South Wales, Australia, 1964–2001. International Journal of Biometeorology. 2006;50(3):139-43.*
18. *T.C. Tarım ve Orman Bakanlığı Devlet Su İşleri Genel Müdürlüğü. DSİ 2025 Yılı Performans Programı. 2025.*
19. *Dinçer S, Özyer Y. Dünyayı tehdit eden kuraklık tehlikesi ve su krizinin sağlık üzerine etkisi: Cape Town örneği. IBAD Sosyal Bilimler Dergisi. 2020(7):144-53.*
20. *Ding GKC, Ghosh S. Sustainable Water Management—A Strategy for Maintaining Future Water Resources. In: Abraham MA, editor. Encyclopedia of Sustainable Technologies. Oxford: Elsevier; 2017. p. 91-103.*

21. *T.C. Tarım ve Orman Bakanlığı 1. Su Şurası. Su Kaynaklarının Geliştirilmesi Grubu Çalışma Belgesi 2011.*

22. *T.C. Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı. İklim Değişikliğine Uyum Stratejisi ve Eylem Planı. 2024-2030.*

23. *Cebeci İ, Demirkıran O, Doğan O, Sezer KK, Öztürk Ö, Elbaşı F. Türkiye'nin iller bazında kuraklık değerlendirmesi. Toprak Su Dergisi. 2019:169-76.*

24. *Turan ES. Türkiye'nin iklim değişikliğine bağlı kuraklık durumu. Doğal Afetler ve Çevre Dergisi. 2018;4(1):63-9.*

25. *Donatti CI, Nicholas K, Fedele G, Delforge D, Speybroeck N, Moraga P, et al. Global hotspots of climate-related disasters. International Journal of Disaster Risk Reduction. 2024;108:104488.*

26. *T.C. Tarım ve Orman Bakanlığı Su Yönetimi Genel Müdürlüğü. İçme Suyu Temin ve Dağıtım Sistemlerindeki Su Kayıplarının Kontrolü El Kitabı. 2017.*

27. *Tuna M, Armut S, Tombul M. İçme Suyu Şebekelerinde Kayıp Kaçak Seviyesinin Belirlenmesi: Merzifon İlçesi Örneği. Kent Akademisi. 2023;16(1):1-17.*

28. *Öztürk M. İçme Suyu Şebekesinde Gelir Getirmeyen Su Nasıl Ölçülür, İzlenir ve Önlenir. Su ve Çevre Teknolojileri. 2024;194:46-62.*

29. *İstanbul Büyükşehir Belediyesi, İSKİ. Su Kayıpları Yıllık Raporları 2023 [Available from: https://iski.istanbul/kurumsal/stratejik-yonetim/su-kayiplari-yillik-raporlari/.*

30. *Dilcan ÇC, Çapar G, Korkmaz A, İritaş Ö, Karaaslan Y, Selek B. İçme suyu şebekelerinde görülen su kayıplarının dünyada ve ülkemizdeki durumu. Anahtar Dergisi. 2018;354:10-8.*

31. *T.C. Resmî Gazete. Su Havzalarının Korunması ve Yönetim Planlarının Hazırlanması Hakkında Yönetmelik. 2012.*

32. *T.C. Kalkınma Bakanlığı 11. Kalkınma Planı. Su Kaynakları Yönetimi ve Güvenliği Özel İhtisas Komisyonu Raporu. 2018.*

33. *T.C. Resmî Gazete. İçme Suyu Temin ve Dağıtım Sistemlerindeki Su Kayıplarının Kontrolü Yönetmeliği. 2014.*

34. *T.C. Tarım ve Orman Bakanlığı Su Yönetimi Genel Müdürlüğü. Ulusal Su Planı. 2019-2023.*

35. *T.C. Tarım ve Orman Bakanlığı. Su Verimliliği Yönetmeliği.[S143] Tam Metin Dosyasından Alınacak*

TAM METİN SÖZLÜ BİLDİRİ

[S143]
İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ VE YAŞLI ÇALIŞANLAR

Belgin Oral
T.C. Sağlık Bakanlığı Kayseri Şehir Hastanesi

Giriş

Küresel iklim değişikliği, yalınızca Dünya atmosferinde meydana gelen doğal bir olgu olmaktan ziyade, büyük ölçüde beşerî faaliyetlerin neden olduğu karmaşık bir süreçtir. Özellikle sanayi devriminin başlamasından sonra fosil yakıt kullanım artışı, ormansızlaşma, uygunsuz hayvancılık ve tarımsal uygulamalar gibi etkenler ile atmosferde artan karbon ve nitröz oksit sonucunda hız kazanmıştır (1). Dünya Sağlık Örgütünün (DSÖ) bildirdiğine göre eğer acil önlemler alınmazsa Paris İklim Anlaşması'nda belirlenen 1,5˚C sınırını aşacak ve mevcut eğilimlerin yüzyılın sonuna kadar 3˚C'nin üzerinde bir ısınmaya yol açacaktır (2). Son birkaç dekatta giderek belirginleşen bu süreç yalnızca çevresel boyutta değil aynı zamanda insan sağlığı, ekonomik sürdürülebilirlik ve toplumsal refah açısından da ciddi riskler doğuran küresel bir kriz niteliğindedir. Doğal ekosistemler üzerinde derin etkiler yaratan küresel iklim değişikliği, çalışma yaşamının dinamiklerini de dönüştürerek özellikle dezavantajlı grupta yer alan yaşlı çalışanların sağlık ve güvenlik koşullarını belirgin biçimde etkilemektedir(3). Küresel ölçekte gözlenen sıcaklık artışları, aşırı hava olaylarının sıklık ve şiddetindeki artış, hava kalitesinin bozulması ve iklimle ilişkili enfeksiyon hastalıklarının yaygınlaşması gibi faktörler, yaşlı iş gücünün mesleki kırılganlığını daha da artıran önemli risk unsurları olarak öne çıkmaktadır(3,4).

1.Küresel İklim Değişikliğinin Tanımı ve Etkileri

Sanayi Devrimi sonrasında nüfus artışına paralel yükselen enerji talebi, fosil yakıtların (kömür, petrol ve doğal gaz) yoğun biçimde kullanılması nedeniyle atmosferin kimyasal yapısı köklü bir şekilde değiştirmiştir(5). Özellikle karbondioksit (CO_2), metan (CH_4) ve diazot monoksit (N_2O) gibi sera gazlarının antropojenik kaynaklı emisyonları, doğal karbon döngüsünde dengesizliklere yol açmış ve Hükümetler arası İklim Değişikliği Paneli'nin IPCC'nin 2021 Altıncı Değerlendirme Raporu'na göre, 2019 yılı itibarıyla küresel atmosferik CO_2 konsantrasyonu, son iki milyon yıllık dönemde kaydedilen en yüksek seviyeye ulaşmıştır(6,7).

1.1. Sağlık Üzerine Etkiler

İklim değişikliğinin etkileri, insan sağlığı, çevre ve ekonomik yapılar üzerinde çok boyutlu ve ciddi sonuçlar doğurmaktadır. Artan hava sıcaklığı, aşırı hava olayları, bulaşıcı hastalıkların yaygınlaşması ve gıda güvenliğinin zayıflaması en belirgin etkiler arasında yer almaktadır. Ancak, ruh sağlığı bozuklukları, su kalitesinde azalma ve iklim kaynaklı göçler gibi demografik değişimler de bu süreçte dikkate alınması gereken önemli sonuçlardır(8). Öncelikle, artan küresel sıcaklıklar ve yükselen ultraviyole (UV) radyasyon düzeyleri, ısı stresi, cilt kanserleri ve diğer dermatolojik ve sistemik sağlık sorunlarını artırmaktadır. Ayrıca, hava kirliliği, özellikle sıcaklık artışlarıyla birlikteliğinde solunum yolu hastalıkları, KOAH, astım, alerjiler ve kalp-damar rahatsızlıklarının yaygınlaşmasına yol açmaktadır(9,10).Aşırı hava olaylarının sıklık ve şiddetinin artması, sel, fırtına, kuraklık ve orman yangınları gibi doğal afetlerin etkilerini yoğunlaştırmakta, bu da altyapı hasarları, can kayıpları ve ciddi ekonomik zararlara neden olurken ekosistemleri değiştirmektedir. İklim değişikliğinin sağlık üzerindeki direkt etkileri arasında ise vektörel hastalıkların yaygınlaşması yer almaktadır; özellikle Dang humması, sıtma, Batı Nil virüsü, pnömoni, Lejyonella, tüberküloz, Covid-19 ve grip dahil solunum yolu enfeksiyonları gibi salgınlara neden olabilir(10).Su kalitesinde azalma, su kıtlığı, temiz içme ve kullanma suyuna erişimin zorlaşması gibi temel ihtiyaçların karşılanamaması ile kişisel temizlik yoksunluğu bulaşıcı hastalıkların artışına neden olmaktadır(11).

1.2. Ekonomik Etkiler ve Gıda Güvencesi

İklim değişikliği, gıda güvenliği ve gıda güvencesi üzerinde ciddi tehditler oluşturan, küresel düzeyde

giderek artan bir yük haline gelmiştir. Hem üretim hem de dağıtım süreçleri iklim değişikliğinin doğrudan ve dolaylı etkileriyle risk altına girmekte, tarımsal verimlilik azalmakta, gıda fiyatları yükselmekte ve bu durum özellikle düşük gelirli nüfus gruplarında açlık ile beslenme yetersizliği (malnütrisyon) sorunlarını şiddetlendirmektedir(12).

1.3. Sosyal ve Psikososyal Etkiler

İklim değişikliğinin ruhsal sağlık üzerindeki etkileri oldukça çok boyutlu olup, bireylerden toplumlara kadar geniş bir yelpazede psikososyal sonuçlar doğurmaktadır. İklim değişikliğine bağlı olarak stres, anksiyete, depresyon ve ekolojik kaygı gibi psikolojik bozuklukların yaygınlaştığı gözlemlenmektedir. Özellikle iklim temelli afetler ile ekonomik kayıpların tetiklediği kitlesel göçler ve yeni ortaya çıkan göçmen sağlığı sorunları, toplumların demografik yapısında önemli değişikliklere yol açmaktadır. Bu süreçte sosyal yapının parçalanması, toplumsal bütünlüğün zedelenmesi ve işsizliğin artması gibi olgular, yoksulluk oranlarının yükselmesine neden olmaktadır. Dolayısıyla iklim değişikliğinin ruh sağlığı üzerindeki doğrudan ve dolaylı etkileri, bireylerin yaşam kalitesini ve toplumsal refahı tehdit eden küresel bir sağlık sorunu olarak ortaya çıkmaktadır(13,14).

2.Yaşlılık ve Yaşlı Çalışanın Tanımı

2.1. Yaşlanan Dünya Nüfusu

Dünya nüfusunda yaşlanma hızla artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre, 2050 yılında 60 yaş ve üzerindeki bireylerin küresel nüfustaki sayısı 2,1 milyara ulaşacak; bu grup 2020'ye göre iki katına çıkmış olacaktır(15). Birleşmiş Milletler'in 2022 Nüfus Projeksiyonları raporuna göre, dünya genelinde 65 yaş ve üzeri nüfusun payı 2022 yılında %9,7 iken, 2050 yılında %16,4'e ulaşması beklenmektedir. Avrupa ve Kuzey Amerika gibi gelişmiş bölgelerde ise bu oran sırasıyla 2022'de %18,7 ve 2050'de %26,9 olarak tahmin edilmektedir. 2022'de yaklaşık 771 milyon olan 65 yaş ve üzeri nüfusun, 2050 yılına gelindiğinde 1.6 milyar kişiye ulaşacağı öngörülmektedir. Türkiye özelinde ise nüfusun yaşlanma süreci daha hızlı ilerlemekte olup, 2050'de Türkiye nüfusunun yaklaşık dörtte birinin (%25) 65 yaş ve üzeri bireylerden oluşacağı tahmin edilmektedir(16). 65 yaş ve üzeri bireylerin çalışma çağındaki nüfusa oranı olarak tanımlanan yaşlılık bağımlılık oranı hızla artmaktadır. Birleşmiş Milletler'in orta vadeli nüfus projeksiyonlarına göre, OECD ülkelerinde yaşlılık bağımlılık oranının 2060 yılında yüzde 52 seviyesine ulaşacağı öngörülmektedir(17).

2.2. Yaşlı Çalışanın Tanımı

"Yaşlı çalışan ya da literatürde karşılığıyla 'senior worker' kavramı, genellikle 50 yaş ve üzeri iş gücü bireylerini tanımlamak için kullanılmaktadır. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), yaşlı çalışan kavramını esnek bir biçimde ele almakta ve ülkenin sosyoekonomik koşullarına göre uyarlamaktadır; ILO, 55 yaş ve üzeri çalışanları yaşlı çalışan olarak kabul ederken, OECD ise yaşlı işgücünü genellikle 55-64 yaş aralığında tanımlamaktadır(18,19). Yaşlı çalışan tanımına ilişkin evrensel bir yaş sınırından bahsedilmekle birlikte, çoğu çalışma ve incelemede bu kavram genellikle 50-65 yaş aralığında kabul edilmekte; ancak ülke, sektör ve politika gibi çeşitli faktörlerin etkisiyle bu tanım değişkenlik göstermektedir. Literatürde, yaşlı çalışanlar için alt sınır çoğunlukla 50 veya 55 yaş ve üzeri olarak belirlenmekte; bazı çalışmalar ise bu tanımı 40 yaş ve üzeri çalışanları da kapsayacak şekilde genişletmektedir (20,21).

2.3. Yaşlı İstihdamı

OECD Employment Outlook 2025 raporuna göre, 55-64 yaş grubu işgücüne katılım oranı OECD genelinde %65'in üzerine çıkarken, Kuzey Avrupa ve Japonya gibi ülkelerde bu oran %70'e yaklaşmaktadır. Raporda, yaşlı çalışanların en çok hizmet sektörü (perakende, sağlık, danışmanlık, eğitim), kamu yönetimi ve sosyal hizmetler ile tarım sektörlerinde yer aldığı açıkça belirtilmektedir.(22) TÜİK'in 2024 "İstatistiklerle Yaşlılar" bültenine göre Türkiye'de 65 yaş ve üzeri nüfusun işgücüne katılma oranı %12,2 olarak kaydedilmiştir. Yaşlı işgücünün sektörel dağılımında en yüksek oran tarım sektörüne (%57,7) aittir. Hizmet sektöründe yer alan

yaşlı çalışanların oranı %32,1; sanayi sektöründe ise %7,3'tür. Ayrıca, yaşlı istihdamı genel olarak erkeklerde daha yüksek, kırsal kesimde ise kentlere göre daha fazladır(23). Yaşlı nüfusun işgücü piyasasındaki kırılganlığı, uluslararası kuruluşların raporlarında hem bireysel hem de yapısal düzeyde çok boyutlu olarak ortaya konulmaktadır. OECD ve ILO gibi kurumlara göre yaşlı çalışanların karşılaştığı başlıca sorunlar arasında yaşa dayalı ayrımcılık ve erken emeklilik kültürü, fiziksel ve zihinsel kapasitede ilerleyen yaşa bağlı azalma, dijital dönüşüme uyum zorluğu, düşük iş bulma ve işte kalma oranları, uzun süreli işsizlik, sağlıksız ve güvencesiz koşullarda (özellikle kayıtdışı) çalışma ve sosyal güvenlikten mahrum kalma yer almaktadır(24). Özellikle kayıt dışı istihdam yaşlı çalışanlar için sürdürülebilir sosyal güvenlikten yoksunluk, düşük gelir, sistem dışı kalma ve yaşlılık döneminde daha yüksek sosyoekonomik kırılganlık anlamına gelmektedir. Erken emeklilik politikaları ise yaşlı bireylerin üretimden hızla çekilmesine yol açıp ekonomik katkılarının sınırlandırılmasına ve sosyal izolasyona neden olabilmektedir(25).

3. İklim Değişikliğinin Yaşlı Çalışanlara Etkisi

3.1. Sağlık ve Fizyolojik Etkiler

İklim değişikliği, yaşlı çalışanların kırılganlığını artırarak çalışma yaşamında çok boyutlu zorluklara yol açmaktadır. Yaşlanmayla birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığının artması, özellikle diabet, obezite, kalp-akciğer hastalıklarının komorbiteleri ve yaşlıların çoklu ilaç kullanım gereksinimlerinin yaygınlaşması, bu bireylerde hastalık yönetimini güçleştirmektedir(26). Buna ek olarak, yaşla birlikte azalan fiziksel dayanıklılık, yaşlı çalışanların iklim değişikliğine bağlı stres faktörleri altında daha yüksek sağlık riskiyle karşı karşıya kalmasına yol açmaktadır (27). Fizyolojik yaşlanmaya bağlı olarak zayıflayan termoregülasyon mekanizmaları, yaşlı çalışanların artan hava sıcaklıkları, ısı stresi ve aşırı hava olaylarından daha fazla etkilenmesine neden olmakta; bu durum ciddi mortalite ve morbidite riskleri doğurmaktadır.

3.2. Bulaşıcı ve Kronik Hastalık Riskleri

Özellikle tarım, inşaat, ulaşım, madencilik, sağlık hizmetleri gibi efor gerektiren sektörlerde çalışan yaşlı çalışanlar için bu riskler daha belirgin hâle gelmekte, daha az fiziksel aktivite gerektiren mesleklerde ise sıcaklık artışının etkisi sınırlı düzeyde kalmaktadır ancak kapalı ortamlarda çalışan yaşlı bireyler de artan sıcaklık ve yetersiz havalandırma koşullarının etkisiyle benzer sağlık tehditlerine maruz kalabilmektedir (9,28,29). NIOSH'a iklim değişikliğine bağlı hava kirliliği, artan partikül madde (PM2.5), ozon ve azot oksit konsantrasyonları yaşlı bireylerde kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), astım, koroner kalp hastalığı ve inme riskini yükseltmektedir(2). Aşırı hava olaylarına karşı (sıcak ve soğuk hava dalgaları, seller, orman yangınları) daha hassas olan yaşlı çalışanlar için bu durum ciddi yaralanma, sakatlanma ve hastalık risklerini beraberinde getirmekte, tahliye süreçlerinde ise zamanında ve güvenli müdahale ihtiyaçlarını barındırmaktadır, zira 2003 yılında yaşanan sıcak hava dalgası 65 yaş üzerinde mortaliteyi oldukça artırmıştır(30). Özellikle artan sıcaklıklar, değişen yağış desenleri ve genişleyen vektör popülasyonları nedeniyle sivrisinek, kene ve diğer bulaştırıcı vektörel enfeksiyonların sıklığı ve yaygınlığı artmaktadır. Açık alanlarda, kalabalık ve sıkışık kapalı alanlarda çalışan yaşlı bireyler ile sağlık hizmetlerinde görevli yaşlı çalışanlar, bu enfeksiyonlara daha fazla maruz kalabilmektedir. Yaşla birlikte zayıflayan bağışıklık sistemi ve çoklu kronik hastalıkların varlığı, bu bireylerin enfeksiyona karşı direncini daha da azaltmaktadır. Ayrıca, iklim kaynaklı sel, taşkın ve su kaynaklarının kirlenmesi gibi olaylar, su ve gıda kaynaklı hastalıkların (örneğin kolera, salmonelloz) yaşlı çalışanlarda daha ağır seyretmesine yol açmaktadır. Bu durum hem yaşlı çalışanların sağlık durumunu olumsuz etkiler hem de işgücündeki devamlılık ve verimlilik üzerinde ciddi riskler yaratmaktadır.(31).

3.3. Ekonomik ve İş Gücü Üzerine Etkiler

İklim değişikliğine bağlı kuraklık, aşırı yağışlar, sel, sıcaklık stresi ve zararlı mikroçevrelerin artışı, tarımsal üretimi ve ürün çeşitliliğini azaltabilir. Bu durum, özellikle tarım ve mevsimlik işlerde çalışan, düşük gelirli ve sosyal koruma kapsamı dışında kalan yaşlı çalışanlarda gelir kaybına, yetersiz beslenme ve malnütrisyona, dolayısıyla sağlığın iyi olma hâlinin bozulmasına yol açarak iş gücüne katılımı ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.(32,33).

3.4. Sosyal ve Psikolojik Etkiler

İklim değişikliğinin çevresel etkileri yalnızca fiziksel sağlıkla sınırlı kalmayıp, psikososyal ve ekonomik açılardan da önemli sonuçlar doğurmaktadır. İklim kaynaklı afetler, geçim kaynaklarının kaybı, zorunlu göç, gelir azalması ve iş güvencesizliği gibi durumlar, yaşlı çalışanlarda stres, anksiyete, depresyon ve iklim kaygısı gibi psikolojik sorunların görülme sıklığını artırmaktadır (2). Yaşlı bireylerin sosyal izolasyona yatkın olmaları ve sağlık ile sosyal destek hizmetlerine erişimde karşılaştıkları güçlükler, bu olumsuz etkilerle baş etme kapasitelerini azaltmaktadır. Özellikle kırsal bölgelerde yaşayan yaşlı çalışanlar, çevresel risklere doğrudan maruz kalmakta ve bu risklerin zararlarını azaltacak yeterli ekonomik ve sosyal kaynaklara erişim imkanlarından yoksun olmaları nedeniyle psikososyal kırılganlıkları artmakta, iklim değişikliğinin yaratabileceği olumsuz sonuçlara karşı daha savunmasız hâle gelmektedirler (34). Yaşlı çalışanlar, toplumsal ve cinsiyet temelli ayrımcılığa maruz kalmaları nedeniyle iklim değişikliğine adaptasyon süreçlerinde yaş ayrımcılığı (ageism) ile de mücadele etmek zorunda kalmaktadır.

4.Yaşlı Çalışanlar için İklim Değişikliğine Yönelik Önlem ve Adaptasyon Programları

İklim değişikliği, özellikle dezavantajlı gruplar üzerinde ciddi sağlık, ekonomik ve sosyal risklere yol açmaktadır. Yaşlı çalışanlar; azalan fiziksel dayanıklılık, mevcut sağlık sorunları ve sınırlı sosyal destek nedeniyle iklim değişikliğinin olumsuz etkilerinden diğer yaş gruplarına göre daha fazla etkilenmektedir. Bu durum, yaşlı çalışanların korunmasına yönelik politika geliştirilmesini ve uygun adaptasyon stratejilerinin hayata geçirilmesini bilimsel ve toplumsal açıdan bir öncelik haline getirmektedir.

4.1. Uluslararası Düzeyde Önlemler ve Programlar

Dünya genelinde iklim değişikliğine karşı çeşitli eylem ve önleme programları uygulanmakta ve özellikle dezavantajlı gruplar hedeflenmektedir. Ancak yaşlı çalışanlara yönelik adaptasyon ve korunma modelleri hâlen sınırlıdır; mevcut programlar çoğu zaman yaşlı iş gücünün iklim kaynaklı risklere karşı özel ihtiyaçlarını yeterince göz önünde bulundurmamaktadır. Örneğin Singapur'da uygulanan Senior Worker Early Adopter Grant (SWEAG) ve Part-Time Re-Employment Grant (PTRG) programları, yaşlı çalışanların esnek çalışma olanaklarıyla iş gücünde kalmalarını teşvik etmekte ve iklim kaynaklı çevresel risklere karşı dolaylı bir adaptasyon mekanizması sağlamaktadır(35,36). Genel olarak iklim değişikliğinin etkilerinden korunmak için alınan önlemler, çalışanlar veya kırılgan nüfus olarak tanımlanan yaşlı bireyler için kapsamlı tedbirler ve stratejiler içermektedir. NIOSH'a göre, ısı stresi riskine karşı çalışanlara yönelik dinlenme molaları, sıvı tüketimi ve erken uyarı sistemleri önerilmektedir; ancak yaşlı çalışanlara özel kapsamlı eylem planlarına erişim hâlen sınırlıdır(37).

4.2. Türkiye'de Durum ve Politika Yaklaşımları

Türkiye özelinde, iklim değişikliğine yönelik ulusal düzeyde çeşitli strateji ve eylem planları hazırlanmış olsa da, yaşlı çalışanların korunmasına yönelik özel ve kapsamlı politikaların hâlen geliştirilmesi gerekmektedir. Mevcut plan ve stratejiler büyük ölçüde genel sağlık politikaları çerçevesinde ele alınmakta ve risk altındaki grupların korunmasına yönelik önlemler içermektedir(38). Bu önlemler, aşırı hava olaylarının (örneğin sel, aşırı sıcak ve soğuk dalgaları ile hava kirliliği) insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmayı hedeflemekte, ancak yaşlı iş gücünün iklim kaynaklı özel risklerini dikkate alan hedeflenmiş adaptasyon mekanizmalarının geliştirilmesi ve yürürlüğe geçirilmesi gerekmektedir.

Sonuç ve Önerileri

Küresel iklim değişikliği, yaşlı çalışanların iş yaşamında karşılaştığı sağlık ve güvenlik risklerini artırmakta; mevcut sosyal ve ekonomik kırılganlıkları daha da derinleştirmektedir. Literatür, yaşlı çalışanların sıcaklık artışları, hava kirliliği, ekstrem hava olayları ve bulaşıcı hastalıklar karşısında daha yüksek sağlık riski taşıdığını ve bu durumun iş gücü verimliliğini düşürdüğünü göstermektedir. Kronik hastalık yükü fazla olan ve açık alanlarda çalışan yaşlı bireylerde, iklim değişikliğinin olumsuz etkileri daha belirgin hale gelmektedir.

Çalışan yaşlı nüfusun iklim değişikliğinin olumsuz etkilerinden korunması amacıyla; bilgilendirme, ulaşım, barınma ve acil/sağlık hizmetlerini kapsayan bütüncül eylem planları geliştirilmesi önerilmektedir. Toplum temelli sosyal destek mekanizmalarını ve kamu-özel sektör iş birliğini içeren bu programlar, yaşlı bireylerin afetlere karşı dayanıklılığını artırmayı hedeflemektedir (39). Türkiye'de iklim değişikliği alanında çeşitli strateji ve eylem planları oluşturulmuş olmakla birlikte, yaşlı çalışanların korunmasına yönelik özel düzenlemelerin henüz sınırlı düzeyde olduğu görülmektedir. "İklim-Yaş Uyumlu" iş sağlığı politikalarının geliştirilmesi önem taşımaktadır. Mevcut ulusal belgelerde iklim değişikliğine uyum politikaları genellikle genel sağlık politikalarının bir parçası olarak ele alınmış, ancak yaşlı çalışanların iklim kaynaklı sağlık risklerine karşı özgün adaptasyon stratejileri yeterince geliştirilmemiştir. Bu çerçevede; işyerlerinde ısı ve hava kalitesi izleme sistemlerinin entegrasyonu, aşırı sıcak dönemlerde esnek çalışma saatleri ve vardiya düzenlemelerinin uygulanması, çalışanlara yönelik iklim kaynaklı sağlık riskleri eğitimlerinin verilmesi, işyeri ergonomisinin geliştirilmesi, gölgelik ve serin dinlenme alanlarının oluşturulması önerilmektedir. Ayrıca, düzenli sağlık takipleri, kronik hastalık yönetimi programlarının yaygınlaştırılması, sıvı-elektrolit dengesinin korunmasına yönelik bilinçlendirme çalışmaları ve yeterli su tüketiminin teşviki kritik önlemler arasındadır.

Ulusal düzeyde ise, iklim değişikliğine uyum politikalarının yaşlı iş gücünü kapsayacak biçimde yenilenmesi, sosyal güvenlik ve iş sağlığı mevzuatının iklim risklerine uyumlandırılması, yerel yönetimler ve işverenler arasında afet yönetimi koordinasyonunun güçlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca, istihdam destekleri ve yeniden eğitim programlarının "yeşil işler" kapsamında tanımlanması, yaşlı çalışanlara özgü sektörel pilot projelerin geliştirilmesi, yaş ve iklim temelli iş kazası kayıtlarının düzenli tutulması ve iş sağlığı mevzuatına iklim değişikliğine uyum başlıklarının eklenmesi önerilmektedir. Gelecek araştırmalar için yaş ve sektör bazlı kırılganlık analizleri, iklim etkilerine bağlı sağlık sonuçlarının izlenmesi ve uyum stratejilerinin etkinliğinin değerlendirilmesi öncelikli alanlar arasında yer almalıdır.

Sonuç olarak, iklim değişikliği ile yaşlı çalışanların sağlığı arasındaki ilişki, halk sağlığı, iş sağlığı ve sosyal politika kesişiminde ele alınması gereken önemli bir konudur. Türkiye'de yaşlı işgücü hızla artarken, iklim temelli sağlık risklerinin azaltılması için bütüncül, disiplinler arası ve yaş duyarlı politikaların geliştirilmesi gerekmektedir.

Kaynaklar

1. *Prina M, Khan N, Akhter Khan S, Caicedo JC, Peycheva A, Seo V, et al. Climate change and healthy ageing: An assessment of the impact of climate hazards on older people. J Glob Health. 2024 May 24;14:04101.*
2. *WHO. Climate change and health. 2023 [İnternet]. Erişim adresi: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB154/B154_25-en.pdf. Erişim tarihi: 23 Ekim 2025.*
3. *Montoro-Ramírez EM, Parra-Anguita L, Álvarez-Nieto C, Parra G, López-Medina I. Effects of climate change in the elderly's health: a scoping review protocol. BMJ Open. Nisan 2022;12(4):e058063.*
4. *European Agency for Safety and Health at Work. OSH pulse 2025: occupational safety and health in the era of climate and digital change: report. [İnternet]. LU: Publications Office; 2025. Erişim adresi: https://osha.europa.eu/en/facts-and-figures/osh-pulse/climate-digital-change Erişim tarihi: 23 Ekim 2025.*
5. *Climate change 2021: the physical science basis: summary for policymakers: working group I contribution to the sixth Assessment report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Geneva, Switzerland: IPCC; 2021*
6. *Intergovernmental Panel On Climate Change (IPCC). Climate Change 2021 – The Physical Science Basis: Working Group I Contribution to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change [İnternet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2023. Erişim adresi: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/9781009157896/type/book. Erişim tarihi: 23 Ekim 2025.*
7. *Lelieveld J, Klingmüller K, Pozzer A, Burnett RT, Haines A, Ramanathan V ve ark. Effects of fossil fuel and total anthropogenic emission removal on public health and climate. Proc Natl Acad Sci. 09 Nisan 2019;116(15):7192-7.*
8. *Romanello M, Walawender M, Hsu SC, Moskeland A, Palmeiro-Silva Y, Scamman D, vd. The 2024 report of the Lancet Countdown on health and climate change: facing record-breaking threats from delayed action. The Lancet. Kasım 2024;404(10465):1847-96.*
9. *Calvin K, Dasgupta D, Krinner G, Mukherji A, Thorne PW, Trisos C ve ark. IPCC, 2023: Climate Change 2023: Synthesis Report. Contribution of Working Groups I, II and III to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change [Core Writing Team, H. Lee and J. Romero (eds.)]. Geneva, Switzerland: IPCC; 2023. Erişim adresi: https://www.ipcc.ch/report/ar6/syr/. Erişim tarihi: 21 Ekim 2025.*

10. *WHO. World Health Organization. Health is the argument for climate action: COP29 special report on climate change and health. Geneva: WHO; 2024 [İnternet]. Erişim adresi: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/environment-climate-change-and-health/58595-who-cop29-special-report_layout_9web.pdf. Erişim tarihi: 26 Ekim 2025.*

11. *Climate Change Impacts on Water Resources and Adaptation in the Rural Water Supply and Sanitation Sector in Nicaragua. The World Bank; 2013. erişim adresi https://openknowledge.worldbank.org/entities/publication/aa2d40e5-decd-5591-bb0e-f04bfa327f8c erişim tarihi: 21.10.2025*

12. *The State of Food Security and Nutrition in the World 2023. FAO; IFAD; UNICEF; WFP; WHO; 2023. Erişim adresi: http://www.fao.org/documents/card/en/c/cc3017en. Erişim tarihi: 22 Ekim 2025.*

13. *Diaz JOP. The impact of climate change on the mental and psychosocial health of migrants that have crossed the Darien Gap. Psychology. 2024;15(11):1658–77.*

14. *Aras BB, Demirci K. İklim değişikliğinin insan sağlığı üzerindeki psikolojik etkileri.Nazilli İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2020, Cilt 1, Sayı 2,77-94*

15. *World Health Organization (WHO). Ageing and health. 2025. erişim adresi: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health erişim tarihi: 20,10,2025*

16. *World population prospects 2022: summary of results. New York: United Nations; 2022. erişim tarihi:19.10.2025 erişim adresi: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesa_pd_2022_wpp_key-messages.pdf*

17. *Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). OECD Employment Outlook 2025: Can We Get Through the Demographic Crunch? Paris: OECD Publishing; 2025 Erişim adresi: https://www.oecd.org/en/publications/oecd-employment-outlook-2025_194a947b-en.html erişim tarihi:20,10,2025*

18. *Samorodov A. Ageing and labour markets for older workers. Employment and Training Department International Labour Office Geneva Geneva: ILO; 1999.*

19. *Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Working Better with Age. 2019; erişim adresi: https://www.oecd.org/en/publications/working-better-with-age_c4d4f66a-en.html erişim tarihi: 15,10,2025*

20. *Özen S, Özbek Ç. Çalışma yaşamında yaşlılık. Çalışma ve Toplum Dergisi. 2017;(7).*

21. *Peng L, Chan AHS. A meta-analysis of the relationship between ageing and occupational safety and health. Saf Sci. 2019 Feb;112:162–72.*

22. *OECD. Employment Outlook 2025: Navigating the golden years – Making the labour market work for older workers Erişim adresi: https://www.oecd.org/en/publications/oecd-employment-outlook-2025_194a947b-en/full-report/component-7.html erişim tarihi: 15,10,2025*

23. *Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). İstatistiklerle Yaşlılar 2024. 2025 [cited 2025 Oct 24]. Erişim adresi:https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Yaşlılar-2024-54079&dil=1 erişim tarihi: 16,10,2025*

24. *OECD. Ageing and employment. Erişim adresi: https://www.oecd.org/en/topics/ageing-and-employment.html erişim tarihi: 16,10,2025*

25. *Okan M, Cam E. Uluslararası kuruluşların yaşlı işgücüne yönelik istihdam politikaları ve bazı ülkelere yönelik incelemeler. Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi. 2022 Jun 30;(82):53–92.*

26. *Kenny GP, Yardley J, Brown C, Sigal RJ, Jay O. Heat stress in older individuals and patients with common chronic diseases. CMAJ. 2010 Jul 13;182(10):1053–60.*

27. *Tipaldo JF, Balk D, Hunter LM. A framework for ageing and health vulnerabilities in a changing climate. Nat Clim Change. 2024 Nov;14(11):1125–35.*

28. *Levi M, Kjellstrom T, Baldasseroni A. Impact of climate change on occupational health and productivity: a systematic literature review focusing on workplace heat. Med Lav. 2018 Apr 24;109(3):163–79.*

29. *Ireland A, Johnston D, Knott R. Heat and worker health. J Health Econ. 2023 Sep;91:102800.*

30. *D'Ippoliti D, Michelozzi P, Marino C, de'Donato F, Menne B, Katsouyanni K, et al. The impact of heat waves on mortality in 9 European cities: results from the EuroHEAT project. Environ Health. 2010 Dec;9(1):37.*

31. *Vonesch N, D'Ovidio MC, Melis P, Remoli ME, Ciufolini MG, Tomao P. Climate change, vector-borne diseases and working population. Ann Ist Super Sanita2016 Jul-Sep;52(3):397-405.*

32. *Fanzo J, Carducci B, Louis-Jean J, Herrero M, Karl K, Rosenzweig C. Climate change, extreme weather events, food security, and nutrition: evolving relationships and critical challenges. Nutr Rev. 2025;83(5):789–803.*

33. *Food and Agriculture Organization (FAO). Climate change and food security: risks and responses. 2015. erişim adresi: https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/a4fd8ac5-4582-4a66-91b0-55abf642a400/content erişim tarihi: 16,10,2025*

34. *Madani Hosseini M, Zargoush M, Ghazalbash S. Climate crisis risks to elderly health: strategies for effective promotion and response. Health Promot Int. 01 Nisan 2024;39(2):daae031.*

35. *Ministry of Manpower Singapore. Part-time Re-employment Grant. Erişim adresi: https://www.mom.gov.sg/employment-practices/schemes-for-employers-and-employees/part-time-re-employment-grant?utm_source=chatgpt.com erişim tarihi: 23,10,2025*

36. *SWEAG-PTRG- Factsheet on senıor worker early adopter grant and part tıme re-employment grant.. erişim adresi: https://www.e2i.com.sg/wp-content/uploads/2021/07/SWEAG-PTRG-Factsheet_20210701_EPD_Final.pdf erişim tarihi: 24.10.2024*

37. *Department of health and human servıces Centers for Disease Control and Prevention National Institute for Occupational Safety and Health.2016.Criteria for a Recommended Standard: Occupational Exposure to Heat and Hot Environments. erişim adresi: https://stacks.cdc.gov/view/cdc/37911 erişim tarihi:23.10.2025*

38. *İklim Deiğikliği Bakanlığı,İklim Değişikliğine Uyum Stratejisi ve Eylem Plan_ 2024-2030. erişim adresi: https://www.iklim.gov.tr/db/turkce/icerikler/files/iklim%20Degisikligine%20Uyum%20Stratejisi%20ve%20Eylem%20Plan.pdf erişim tarihi:23.10.2025*

39. *Carlson B, Kohon JN, Carder PC, Himes D, Toda E, Tanaka K. Climate Change Policies and Older Adults: An Analysis of States' Climate Adaptation Plans. Gilmore-Bykovskyi A, The Gerontologist.2024;64(3):gnad077.[S144]*

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S144]
KENT İLE SAĞLIK İLİŞKİSİNİ İRDELEYEN TEZLERİN BİBLİYOMETRİK ANALİZİ

***Ahmet Furkan Süner*[1], *Ahmet Can Bilgin*[2]**
[1]*Zonguldak Çaycuma İlçe Sağlık Müdürlüğü*
[2]*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı*

Giriş-Amaç

Kent ve sağlık ilişkisi küresel ölçekte önem kazanmaktadır. Bu çalışmanın amacı, Türkiye'de kent ve sağlık ilişkisini ele alan tezlerin bibliyometrik analizini gerçekleştirmektedir.

Gereç-Yöntem

Bu bibliyometrik analizde, Türkiye'de 1982-2024 yılları arasında kent ve sağlık ilişkisini ele alan 335 tez incelendi. Kent ve sağlık ilişkisini irdeleyen tezler Yükseköğretim Kurulu (YÖK) Tez Merkezi sisteminden 02.02.2025 tarihinde tarandı. Yapılan taramalarda toplam 18354 teze ulaşıldı. Eşleşen, ilgisiz ve erişimin olmadığı tezler çıkartılınca kalan tez sayısı 335'tir.

Bulgular

Araştırma kapsamına dahil edilen ilk tez 1982 yılında yayınlanmıştır. Tezler en sık 2023, 2022 ve 2019 yıllarında yayınlanmıştır. 1982-2004 yılları arasında 49 tez, 2005-2014 yılları arasında 63 tez, 2015-2024 yılları arasında 223 tez yayınlanmıştır. Tezler en çok çevre mühendisliği (58 tez), halk sağlığı (34 tez) ve şehir ve bölge planlama (30 tez) ana bilim dallarında yürütülmüştür. Tezlerde en çok karşılaşılan temalar hava kirliliği (41 tez), su kirliliği (41) ve atık yönetimi (31 tez), gürültü (31 tez) ve yaşam kalitesidir (25 tez).

Sonuç ve Öneriler

Kent ve sağlık ilişkisi, 1980'li yıllardan bu yana tezlerde ele alınmaktadır. Tezlerin coğrafi dağılımında üniversite sayılarının etkili olduğu görülmüştür. Kent ve sağlık ilişkisi en sıklıkla çevre mühendisliği, halk sağlığı ve şehir ve bölge planlama disiplinlerinde ele alınmıştır. Çevre mühendisliği ve halk sağlığı başta olmak üzere çeşitli disiplinlerde, kent ve sağlık ilişkisinin disiplinlerarası yaklaşımlarla desteklenmesi önerilebilir. Böylelikle, kentleşmenin ve kent ortamında yaşamanın insan sağlığı üzerindeki etkilerine daha bütüncül ve açıklayıcı bilgi üretimi mümkün olacaktır. Alanda yöntem çeşitliliği ve derinliğini artırmaya dönük metodolojik yaklaşımlar geliştirilmelidir. Yürütülecek çalışmalarda nitel ve karma yöntemler daha sık kullanılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kentsel sağlık, sağlık, tezler

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S145]
TÜRKİYE'DE KARŞILANMAMIŞ SAĞLIK HİZMETİ İHTİYACININ BELİRLEYİCİLERİ: ULUSAL ÖLÇEKTE TOPLUM TABANLI BİR KESİTSEL ÇALIŞMANIN İKİNCİL VERİ ANALİZİ

Huriye Çoban, Melike Yavuz, Cem Turan, Çiğdem Çağlayan, Ahmet Alp Aker
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Sağlık hizmetlerine eşit ve zamanında erişim, temel bir insan hakkı ve sağlık sistemlerinin performansını gösteren önemli bir göstergedir. Ancak birçok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de bireylerin ihtiyaç duyduğu hizmetlere ulaşamaması söz konusudur. Bu durum, "karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyacı" olarak tanımlanır ve toplumsal eşitsizliklerin görünür hale gelmesinde kritik bir ölçüttür. Bu çalışmada, Türkiye'de 15 yaş ve üzeri bireylerde karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyacının sıklığı ve belirleyicilerinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Çalışma, Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2024 yılı Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması (GYKA) mikroverisinin ikincil analizi ile gerçekleştirilmiştir. GYKA, ulusal düzeyde temsili, kesitsel bir ankettir. Analize 15 yaş ve üzeri 61.846 birey dahil edilmiştir. Örneklem ağırlıkları uygulanarak Türkiye nüfusunu temsil edebilir hale getirilmiş, ağırlıklandırma sonrasında evren büyüklüğü 65,8 milyon kişi olarak hesaplanmıştır. Bulgular bu ağırlıklandırılmış verilere dayanmaktadır. Bağımlı değişken, son 12 ayda ihtiyaç duyduğu halde doktora başvurmama durumu ile tanımlanan karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyacıdır. Bağımsız değişkenler; sosyodemografik ve sosyoekonomik değişkenler, hane, konut ve çevre koşulları, sağlık algısı, kronik hastalık, engellilik durumu ve yaşanılan bölgedir. Veriler SPSS 25 ile analiz edilmiş, tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizleri uygulanmıştır. Ayrıca cinsiyet, gelir, eğitim ve kronik hastalık arasında etkileşim analizleri yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ kabul edilmiştir. Çalışma kamuya açık anonim veriye dayandığından etik kurul onayı gerekmemiştir.

Bulgular

Çalışmaya katılan 61.846 bireyin %7,5'i (n=4.627) son 12 ayda ihtiyaç duymasına rağmen sağlık hizmetine başvuramamıştır. En sık belirtilen neden, geç randevu verilmesidir (%69,7); bunu ödeme güçlüğü (%11,9) ve ulaşım engelleri (%5,9) izlemiştir. Daha düşük oranlarda zaman bulamama, rahatsızlığın kendiliğinden geçmesini bekleme ve tedavi korkusu bildirilmiştir. Tek değişkenli lojistik regresyon analizleri, kadınlarda, orta ve ileri yaş gruplarında, evli ve boşanmış/eşi ölmüş bireylerde, düşük gelirli ve düşük eğitimlilerde, kronik hastalığı veya engelliliği olanlarda, sağlık algısı kötü olanlarda ve Marmara bölgesinde yaşayanlarda başvurmama riskinin arttığını göstermiştir. Etkileşim analizleri, eşitsizliklerin özellikle yoksul ve eğitimsiz kadınlarda derinleştiğini ortaya koymuştur. En yüksek gelir grubundaki erkekler referans alındığında, aynı gelir grubundaki kadınlarda risk yalnızca hafif artarken (OR=1,073), en düşük gelir grubunda bu fark belirginleşmiş ve bu gelir grubundaki erkeklerle kıyaslandığında, kadınlarda risk 1,34 kat artmıştır. Eğitim düzeyi düşük kadınlarda risk 1,19 kat daha yüksektir. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde, kadınlar (OR=1,047; %95 GA: 1,045–1,049), en düşük gelir grubundakiler (OR=1,601; %95 GA: 1,596–1,606), kronik hastalığı olanlar (OR=1,030; %95 GA: 1,026–1,034), engelliliği bulunanlar (OR=1,44–1,49) ve kötü sağlık algısına sahip bireyler (çok kötü: OR=2,564; %95 GA: 2,535–2,593) anlamlı biçimde dezavantajlıdır. Eğitim düzeyi arttıkça risk azalmaktadır. Bölgesel olarak Orta Doğu Anadolu referans alındığında İstanbul'da (OR=3,745; %95 GA: 3,720–3,770), Batı Marmara'da (OR=5,686; %95 GA: 5,646–5,726) ve Doğu Marmara'da (OR=5,262; %95 GA: 5,226–5,297) karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyacı en yüksek düzeydedir.

Sonuç ve Öneriler

Türkiye'de 15 yaş ve üzeri bireylerin %7,5'i ihtiyaç duymasına rağmen sağlık hizmetine başvuramamaktadır. Kadınlar, düşük gelirli ve düşük eğitimliler, kronik hastalığı veya engelliliği olanlar ve sağlık algısı kötü bireyler en dezavantajlı gruplardır. Beklenenin aksine, karşılanmamış ihtiyaçların daha gelişmiş bölgelerde yoğunlaşması; yüksek talep, kapasite baskısı ve hizmet beklentilerindeki farklılıklarla ilişkili olabilir. Çalışma kesitsel veriyle yapıldığından neden–sonuç ilişkisi kurulması sınırlıdır; öz bildirime dayalı veri de yanlılık taşıyabilir. Bununla birlikte ulusal düzeyde geniş ve temsili örnekleme dayanması önemli bir güçlü yönüdür. Bulgular, sağlık sisteminde basamaklı hizmet planlamasının yeniden ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Kamusal sağlık hizmeti sunan kurumların sayı ve yeterliliklerinin artırılması, ikinci ve üçüncü basamak başvurularının azaltılması için birinci basamakta koruyucu ve geliştirici hizmetlerin güçlendirilmesi, toplum temelli yaklaşımların yaygınlaştırılması ve kışkırtılmış talebin dengelenmesi önemlidir. Sosyoekonomik eşitsizlikleri azaltacak sosyal destek mekanizmaları, kronik hastalığı ve engelliliği olan bireyler için özel düzenlemeler ve bölgesel farklılıkları azaltmaya yönelik hedefli politikalar sağlık hizmetlerinde eşitliği güçlendirecektir.

Anahtar Kelimeler: Karşılanmamış sağlık hizmeti ihtiyacı, sağlık hizmetlerine erişim, sosyoekonomik eşitsizlikler

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S146]
TOPLUM ECZACILARININ HALK SAĞLIĞI ROLLERİNİN DEĞERLENDİRMESİ

***Şeyma Halaç*[1], Hasan Hüseyin Eker[2], Mustafa Öztürk[2]**
[1]Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Toplum eczacıları, toplumun en kolay erişebildiği sağlık profesyonelleri arasında yer almakta olup sağlık danışmanlığı, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi gibi önemli halk sağlığı hizmetlerine katkı sunmaktadır. Mevzuatsal düzenlemelerde serbest eczanelerin birinci basamak sağlık hizmet sunucusu olarak tanımlanması bu rolün önemini artırmıştır. Ancak eczacıların halk sağlığındaki mevcut uygulamaları, rol algıları ve bu rolleri yerine getirirken karşılaştıkları engeller yeterince ortaya konmamıştır. Bu araştırma, serbest eczacıların halk sağlığı rollerine ilişkin algılarını, özyeterlilik düzeylerini ve hizmet sunumundaki engelleri değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem

Bu çalışma kesitsel tipte nicel,ksel araştırma olarak planlanmıştır. Çalışmanın evreni, İstanbul'daki serbest eczacılardan oluşmaktadır. Basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen 416 eczacıya ulaşılmıştır. Veri toplama aracı olarak, sosyodemografik özellikler ile eczacıların halk sağlığı rol algısı, özyeterliliği ve halk sağlığı rollerinin önündeki engellere ilişkin 37 maddeden oluşan çevrim içi anket formu kullanılmıştır. Veriler Nisan–Temmuz 2024 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma öncesinde etik kurul izni alınmıştır. İstatistiksel analiz IBM SPSS V.24'te yapılmış, anlamlılık düzeyi $p<0,05$ kabul edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler; sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maksimum değerler ile kategorik değişkenler oran, yüzde ile ifade edilmiştir. Parametrelerin kendi içindeki değişimlerinin analizinde dağılım özelliklerine göre ki-kare testi, Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Bulgular

Katılımcıların büyük çoğunluğu halk sağlığına yönelik hizmetler sunduğunu belirtmiştir. Eczacıların yüzde 91,6'sı hastalara her zaman sağlık danışmanlığı verdiğini, yüzde 77,8'i sağlığın geliştirilmesine yönelik çaba gösterdiğini ifade etmiştir. Halk sağlığı rollerine ilişkin özyeterlilik düzeyi yüksektir; katılımcıların yüzde 82,2'si halk sağlığı hizmetlerini sunmada kendisini yetkin olarak değerlendirmiştir. Eczacıların bu rolleri yerine getirmesinin önündeki en önemli engeller aşırı iş yükü, toplumda eczacının rolüne ilişkin farkındalık eksikliği ve teşvik mekanizmalarının yetersizliğidir. Eczacıların halk sağlığı rollerinin güçlendirilmesine ilişkin görüşlerde, eğitim ve mevzuat boyutlarında da geliştirilmesi gereken alanlar olduğu görülmüştür.

Sonuç ve Öneriler

Toplum eczacıları, halk sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli bir konuma sahiptir. Araştırma sonuçları, eczacıların sahada aktif olarak halk sağlığı hizmeti sunduklarını ve bu rolü üstlenmeye istekli ve yetkin olduklarını göstermektedir. Bununla birlikte halk sağlığı hizmetlerinin eczanelerde daha sistematik uygulanabilmesi için teşvik modellerinin geliştirilmesi, rol tanımlarının netleştirilmesi ve toplum farkındalığının artırılması gerekmektedir. Ayrıca eczacılık eğitiminde halk sağlığı odaklı içeriğin güçlendirilmesi önemli bir ihtiyaçtır. Bu doğrultuda yapılacak düzenlemeler eczaneleri halk sağlığı hizmet sunumunda daha etkin bir noktaya taşıyacaktır.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak, farmasötik halk sağlığı, toplum eczacısı

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S147]
BİR TIP FAKÜLTESİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNDE TAKVİYE KULLANIMI VE SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANIŞLARI EĞİLİMLERİ

***Zeynep Zoralan*, Didem Aytimur, Işıl Ergin**
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Gençlerde besin takviyesi kullanımı, hem sağlıklı yaşam arayışı hem de popüler eğilimlerle şekillenmektedir. Tıp öğrencilerinin, hem kendi sağlıklarını koruma hem de bireyleri sağlıklı yaşam konusunda yönlendirme potansiyellerine rağmen, temel sağlıklı yaşam alışkanlıklarının zayıf olması ve buna karşın besin takviyelerine yönelmeleri arasındaki olası çelişki, literatürde yeterince incelenmemiştir. Bu çalışma, 6. sınıf tıp öğrencilerinde takviye kullanımının sıklığını ve sağlıklı yaşam davranışlarıyla ilişkisini incelemektedir.

Gereç-Yöntem

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi 6.sınıfta 2024-25'te öğrenim gören 366 öğrencide yürütülen kesitsel çalışmada, evrenin %70'ine ulaşılmış, analize 245 öğrencinin anketi dahil edilmiştir. Öz bildirim yoluyla Eylül 2024-Mart 2025'te doldurulan anketler 48 soru içermekte olup sosyodemografik özellikler, iyilik hali (fiziksel, ruhsal, sosyal), sağlıklı yaşam davranışları, besin takviyesi kullanım durumuna dair 4 bölümden oluşmaktadır. Fiziksel aktivite ölçümünde GPAQ (Kısa) kullanılmıştır. Analizler SPSS 25.0 kullanılarak ikili karşılaştırmalarda ki-kare testi, MWU ve çok değişkenli lojistik regresyonla yürütülmüştür. EÜTF Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulundan (03.10.2024, 24-10T/59 Karar No) ve Dekanlığından, katılımcılardan gerekli izinler alınmıştır.

Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması 23,66 ± 1,18'dir ve %50,2'si kadındır. Orta gelir düzeyine sahip olanlar %54,3, yalnız/yurtta yaşayanlar %59,6'dır. Annelerin %46,1'i, babaların %51,0'ı üniversite mezunudur. Öğrencilerin %70,7'si fiziksel, %62,4'ü ruhsal ve %72,6'sı sosyal iyi oluş bildirmiştir. Obezite %4,5, kronik hastalık %15,5, sürekli ilaç kullanımı %21,2'dir. Halen sigara kullananlar %34,7, alkol kullananlar %78,4'tür. Öğün atlamayanlar %62,4, 7–8 saat uyuyanlar %49,4'tür. Günlük sebze-meyve tüketimi yalnızca %17,1 iken, haftalık fast-food tüketimi %42,0, günlük şekerli gıda tüketimi %29,4'tür. Fiziksel aktivite düzeyine göre %45,3 minimal aktif, %30,6 çok aktiftir. Ortalama MET skoru 3367,83 ± 5480,31, su tüketimi 2142,24 ± 1089,05 ml'dir. Besin takviyesi kullanımı %64,5 olup, %13,5'i düzenli kullanıcıdır. Kullananlar arasında en yaygın ürünler vitaminler (%91,1), mineraller (%58,9), fonksiyonel gıdalar (%46,8) ve bitkisel ürünlerdir (%28,0). En çok tercih edilen vitaminler B12 (%55,1), D vitamini (%50,6) ve multivitaminlerdir (%40,5). Minerallerde ise magnezyum (%32,9) ve demir (%30,4) öne çıkmaktadır. Sporcu takviyesi olarak en yaygın ürün protein tozudur (%41,1). Takviye kullanma nedenleri arasında sağlığa faydalı olduğu düşüncesi (%49,4), eksik kan değerleri (%48,7), bağışıklık güçlendirme (%36,7) ve halsizlik önleme (%34,8) yer almaktadır. Takviye kullananların %50'si doktor tavsiyesiyle, %24,7'si aile/arkadaş önerisiyle, %19,6'sı kendi araştırarak başlamıştır. Kullanmayanların %75,9'u ihtiyaç duymadığını belirtmiştir. Katılımcıların %62,4'ü takviyeleri güvenilir bulmakta ve %55,5'i gelecekte hastalarına takviye önereceğini belirtmektedir. Takviye kullanımı; anne eğitim düzeyi ($p=0,017$), fiziksel aktivite ($p=0,027$), öğün atlama ($p=0,017$) ve bilgi kaynağı ($p<0,001$) ile anlamlı ilişkilidir. Yüksek eğitimli annesi olanlar (OR=1,906 GA: 1,085 – 3,347), çok aktif bireyler (OR=2,151 GA: 1,128 – 4,101) ve öğün atlamayanlar daha fazla takviye kullanmaktadır. Fiziksel aktivitesi yüksek olanlarda kalsiyum ve sporcu takviyesi kullanımı daha yüksektir ($p<0,05$). Sağlık çalışanı veya bilimsel yayınları bilgi kaynağı olarak kullananların takviye kullanımı daha sıktır (OR=5,015 GA: 2,236 – 11,247). Günlük sebze-meyve tüketimi, fast-food/işlenmiş gıda tüketimi, şekerli

gıda tüketimi, sigara ve alkol kullanımı ile takviye kullanımı arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Günlük su tüketimi, MET skoru ve fiziksel aktivite süreleri açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05).

Sonuç ve Öneriler

Katılımcıların takviye kullanımı yaygın, sebze-meyve tüketimi yetersiz, fast-food/işlenmiş gıda tüketimi yüksek olup temel sağlıklı yaşam davranışları zayıftır. Bu durum, "yaşam tarzı düşük, takviye ile telafi" eğilimine işaret edebilir. Takviye kullanımının özellikle çok aktif bireylerde yüksek olması, performans artırma amaçlı kullanımın da yaygın olduğunu göstermektedir. Öğrencilerin bilgi kaynaklarının ağırlıklı olarak bilimsel olması bilinçli tercihlere işaret etse de, yaşam tarzı davranışlarının bu bilinçle örtüşmemesi, bilgi-tutum-davranış uyumsuzluğunu ortaya koymaktadır. Sağlık eğitimi kapsamında, bu farkındalığın artırılması önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Tıp öğrencileri, besin takviyesi, sağlıklı yaşam, 6.sınıf

TAM METİN SÖZLÜ BİLDİRİ

[S148]
DİRENÇLİ SAĞLIK SİSTEMLERİ İÇİN ÖNEMLİ BİR GİRİŞİM: SAĞLIĞI GELİŞTİREN ÜNİVERSİTE VE HASTANE

Fatih Tolga Ertürk[1], Nuri Alp Özünlü[1], Esra Mert[1], Gonca Gül Durğay[1], Caner Şahin[1], Ceyda Şahan[1], Cemal Hüseyin Güvercin[2], Hatice Şimşek Keskin[1], Ahmet Can Bilgin[2], Bülent Kılıç[1]
[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Giriş

Günümüzde sağlık sistemleri sağlık örgütlenmesi, finansman, hizmet sunumu ve insangücü gibi bileşenlerden oluşan büyük bir kompleks haline gelmiştir. Ülkelerin güçlü bir sağlık sistemine sahip olması ise artık "dirençlilik" kavramıyla ölçülmektedir. Dirençli sağlık sistemleri hizmet sunumu açısından iyi planlanmış ve sürekliliği olan, krizlere dayanıklı sistemler oluşturmayı amaçlamaktadır.

Büyük üniversite kampüsleri özellikle hastane de içeriyorsa her gün binlerce çalışanın, öğrencinin ve öğretim elemanının bulunduğu büyük toplumsal yapılar haline gelmiştir. Bu kampüslerde sağlığın geliştirilmesi kavramı iki önemli bileşen içermektedir. Birincisi bireylerin kendi sağlıklarını korumaları konusunda bilgilendirilmeleri ve daha bilinçli davranmalarının sağlanması, ikincisi ise kampüslerin ve hastanenin buna uygun çevresel ve örgütsel düzenlemeleri yapması. Bu bağlamda üniversitelerin çalışanlarına yönelik sağlık ve güvenlik hizmetlerinin sunumu açısından güçlü bir kurumsal alt yapıya sahip olması gerekmektedir. Hastanelerin İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi (İSGB) başta olmak üzere anabilim dalları ve poliklinikler sağlığı geliştirme çalışmalarının uygulanması çeşitli fırsatlar da sunmaktadır. Bu çalışmalar çalışanların ve öğrencilerin kurumsal aidiyetlerinin güçlenmesine de katkıda bulunmakta ve Halk Sağlığı başta olmak üzere Göğüs Hastalıkları, Aile Hekimliği, Kadın Hastalıkları Doğum, Endokrinoloji, Spor Hekimliği, Psikiyatri, Kardiyoloji, Enfeksiyon Hastalıkları, Beslenme ve Diyet Hizmetleri, Spor Bilimleri gibi farklı disiplinlerin bir arada çalışmasına olanak sunmaktadır.

Sağlığın Geliştirilmesi Kavramı

Sağlığın geliştirilmesi, bireylerin ve toplumların sağlığını etkileyen faktörleri kontrol edebilme ve değiştirebilme kapasitesini artıran bir süreçtir. Dünya Sağlık Örgütü, sağlığın geliştirilmesini bireylerin sağlıkları üzerindeki kontrolünü artırma süreci olarak tanımlamaktadır1. Bu yaklaşım, sadece sağlık hizmetlerinin sunulmasıyla sınırlı olmayıp; bireyin yaşam biçimini, çevresel koşulları, sosyal adaleti ve sağlık okuryazarlığını da kapsamaktadır.

Ottawa Bildirgesi (1986), sağlığın geliştirilmesine yönelik beş temel ilke belirlemiştir; sağlıklı kamu politikaları oluşturmak, destekleyici çevreler sağlamak, toplumsal hareketleri güçlendirmek, bireysel becerileri geliştirmek ve sağlık hizmetlerini yeniden yönlendirmek. Bu ilkeler, sağlığı sadece tıbbi hizmetlerle sınırlı görmeyip, tüm sektörlerin iş birliğiyle sağlıklı yaşam koşullarını kalıcı hâle getirmeyi hedefler2.

Bireylerin içinde yaşadığı çevre ve sosyal durumu, sağlığının önemli bir belirleyicisidir ve çevre ile davranış biçimlerinin bireylerin sağlıkları üzerinde etkili olduğu ve sağlıklarının daha iyiye götürülmesinin bu faktörlerden etkilendiği anlaşılmıştır. Bundan dolayı, sağlığı geliştirme politikaları, sektörler arası bir çaba gerektirmektedir3.

Sağlığı Geliştiren Üniversite

Üniversiteler, çalışan ve öğrenim gören çok sayıda kişiye ev sahipliği yapan akademik kurumlardır ve sağlığı geliştirmeyi olumlu yönde etkileme potansiyeline sahiptir4,5. Hem sağlıklı yaşam alanlarının geliştirilmesi hem de kalkınma girişimlerinin sürdürülebilir olması açısından kurum bazında uygun alan olarak kabul

edilmiştir5. Sağlığı geliştirme etkinlikleri uygulanırken sosyal sorumluluk ilkesinin benimsenmesi ve üniversitedeki çalışan sağlığının iyileştirilmesine katkı sağlaması önemli görülmüştür5. DSÖ, 1998 yılında bir sağlığı geliştiren üniversite projesinin nasıl oluşturulacağı ve geliştirileceğine yönelik rehberlik sunan bir çalışma belgesi yayımlamıştır6. Üniversiteler, bireylerin sadece eğitim aldığı yerler değil; aynı zamanda yaşadığı, çalıştığı, sosyal ilişkiler kurduğu ve barınma, yeme-içme, ulaşım gibi çeşitli hizmetlerden faydalandığı kurumlardır. Dolayısıyla üniversiteler yürüttükleri uygulamalarla hem öğrencilerin ve personelin hem de genel toplumun sağlık ve refah düzeyine olumlu katkı sunabilecek konumdadır.

Ortam temelli sağlık geliştirme yaklaşımı, üniversitelerin toplum sağlığına sunduğu katkıları artırma ve niteliğini geliştirme imkânı verir. Üniversiteler, öğrencilerin ilerleyen süreçte meslek yaşamlarında toplum sağlığını doğrudan veya dolaylı olarak etkileyebilecek karar mekanizmalarında yer alacak olması nedeniyle, halk sağlığı stratejileri konusunda önemli bir rol oynamaktadır. Bu tür girişimler yalnızca toplum sağlığı açısından değil üniversitenin kendi kurumsal gelişimi bakımından da önemlidir. Sağlığı geliştiren üniversite projelerine katılım, üniversitenin kamuoyundaki algısının güçlendirebilir, kurumsal profilini yükseltebilir, öğrenci ve personelin refah düzeyini artırabilir ve çalışma ile yaşam ortamlarının daha sağlıklı hâle getirilmesini sağlayabilir6. 2015 yılında Okanagan Bildirgesi Sağlığı Geliştiren Üniversitenin temel özelliklerini bir araya getirmiştir. Bildirgeye göre; sağlığı geliştiren üniversiteler, sağlığı günlük işleyişe, kurumsal uygulamalara ve akademik görevlere entegre eder. Bu sayede kurumların başarısı artar, iyilik hali, eşitlik ve sosyal adalet temelli bir kampüs kültürü oluşur; kampüslerde yaşayan, öğrenen ve çalışan bireylerin sağlıkları iyileşir; toplumun pek çok açıdan sürdürülebilirliği güçlenir. Bildirgede, yükseköğretim kurumlarına yönelik iki eylem çağrısı bulunmaktadır. İlki sağlığın; yönetim, işleyiş ve akademik görevler de dahil olmak üzere tüm kampüs bileşenleriyle bütünleşmesi; ikincisi, yerel ve küresel ölçekte sağlığı geliştirme çalışmaları ve iş birliklerine öncülük edilmesidir7.

Bu sebeplerle sağlığı geliştiren üniversite yaklaşımı; bünyesinde bulunanlar için sağlığı her aşamada ön plana koymak olarak tanımlanabilir. Bununla ilgili bir çalışmada ve Okanagan bildirgesinde, Sağlığı Geliştiren Üniversitelerin sağlığı geliştirmek amacıyla sağlık anlayışını kurumsal yapı, süreç ve politikalara dâhil etmeyi desteklediği ifade edilmiştir7,8. Okanagan bildirgesinde sağlığı geliştiren üniversite yaklaşımı için belirli prensipler oluşturulmuş, bunlar; bütünsel yaklaşım, sektörler arası işbirliği, kanıta ve yeniliğe dayalı eylemlerin teşviki, yerel topluluklara ve önceliklere değer verilmesi, güçlü yönler üzerine yapılanma sağlanması ve evrensel sorumluluk duygusuyla hareket edilmesi olarak belirlenmiştir7. Sağlığı geliştiren Üniversite yaklaşımlarının sosyoekolojik çerçeveye dayandığı belirtilmiş; üniversite topluluğu üyelerinin iyilik haline etki eden kişisel, çevresel ve diğer etkenlerin detaylı şekilde ele alınmasının önemi vurgulanmıştır9. Bahsi geçen topluluk üyelerinin, üniversite bünyesindeki öğrenciler, çalışanlar ve öğretim elemanlarından oluştuğu, her üye ya da grubun sağlığı geliştirme girişimini farklı derecelerde etkilediği vurgulanmıştır9,10. Sağlığı geliştirme girişimlerinin; fiziksel aktivite seviyesi, sağlıklı beslenme parametrelerinde iyileşme ve tütün kullanımını azaltmak gibi pek çok konuyu ele aldığı belirtilmiştir11. Bir sistematik derlemede, sağlığı geliştiren üniversite yaklaşımının farklı kültürlerde nasıl uygulandığı ve karşılaştıkları zorluklar araştırılmış, farklı eylem planlarını içeren 12 çalışmanın incelenmesi sonucu sağlık politikalarının kurulması ve sağlığı geliştirmenin müfredata alınmasında zorluklar olduğu bulunmuştur12. Bir derlemede, sağlığı geliştiren üniversite yaklaşımın önerileri ile yükseköğretim kurumlarında çalışanların sağlığını artırmaya yönelik uygulamalar arasındaki bağ incelenmek istenmiş, yapılan incelemeler doğrultusunda kuramsal zeminin sağlam olduğu ancak pratikte uygulanabilirliğin ve mevcut girişimlerin kısıtlı olduğu belirtilmiştir5. Bu yaklaşımın öğrenci temelinde uygulanmasını konu alan araştırmada, öğrencilerin karşılaştığı zorluklar belirlenmiş ve üniversitelerin, öğrenci başarısını yükseltmek için, öğrencilerin iyilik haline ve sağlığına odaklanması gerektiği belirtilmiştir4. Diğer bir çalışmada, sağlığı geliştiren üniversite kavramının küresel ölçekteki durumu araştırılmış, bu yaklaşımın küresel ölçekte genişlediği, uygulamanın bütüncül bir yaklaşıma bağlı olduğu ve çalışmalarda bunun tutarlı görüldüğü ancak kavramın ölçülebilirliği, konseptin ve teorilerin tanımlanma zorluğu ve ölçüme dayalı yöntemlerin güçlüğü vurgulanmıştır13.

Sağlığı geliştiren Üniversite adına yapılan girişimler tek bir noktaya odaklanmamakta, sağlıklı çevre, iyilik hali gibi farklı pek çok farklı boyut ele alınabilmektedir8. Üniversitelerde, politika oluşturma ve müfredat içeriğine sağlık konularını alma gibi stratejiler oluşturulabilmekte bu sayede bilgi ve davranış değişikliği desteklenmesi mümkün görülmektedir14. Ancak modelin nasıl yapılacağına yönelik standart bir uygulama olmadığı, yönetim desteği sağlama açısından sıkıntılar olabildiği ve ortak çerçeve geliştirme zorluğu yaşandığı belirtilmektedir12,13,15. Bu yaklaşım, sağlığı geliştirmede üniversite kapsamındaki tüm bireyler için geniş ve detaylı bir çerçeve sunmaktadır, fakat etkinliğinin ve kanıt değerinin gücü için yeni araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Sağlığı Geliştiren Hastane

Sağlık alanında tedavi ile klinik hizmetler sağlanması dışında, sağlığı teşvik eden ve geliştiren yönlere de odaklanılması önemlidir16. DSÖ'ne göre sağlığı geliştiren hastane, sadece yüksek kalitede kapsamlı tıbbi ve hemşirelik hizmetleri sağlayan değil, aynı zamanda sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin amaçlarını benimseyen kurumsal kimlik geliştiren, hastalar ve tüm personel

için aktif, katılımcı roller de dahil olmak üzere sağlığı teşvik eden bir organizasyonel yapı ve kültür oluşturan ve toplumla aktif olarak iş birliği yapan hastane olarak tanımlanmıştır17. Sağlığı geliştiren hastane ile hastalar, aileler, ziyaretçiler, paydaşlar ve bir bütün olarak toplumun her kesimi için sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltmesi amaçlanmaktadır16. Sağlığı geliştiren hastane açısından hasta ve yakınlarının sağlığının geliştirilmesi, çalışan sağlığının geliştirilmesi, kurumsal sağlık politikalarının oluşturması, toplum sağlığını destekleyici faaliyetler ve hastane ortamının sağlığı destekleyecek şekilde düzenlenmesi önemli bileşenler arasındadır18.

Sağlığı geliştiren hastane kavramının politik açıdan tarihçesi incelendiğinde ilk olarak 1986 yılındaki Ottawa Sözleşmesi'nde sağlığı geliştirmede ortam temelli yaklaşım ele alınmış ve hastanelerin de özgün olarak sağlığı geliştirmeyi amaçlaması gerektiği belirtilmiştir1,19. 1991 yılında Budapeşte Bildirgesi ile sağlığı geliştiren hastanelere ilişkin uluslararası ağın ilk politik kararları belgelenmiştir. Özellikle hastalar, çalışanlar ve hastane topluluklarının hedeflenmesi gerektiği belirtilmiştir. Sağlığı geliştiren hastane konusunda fırsatlar, farkındalık, hastaların katılımı, sağlıklı çalışma ortamı, iletişim ve işbirliği, sosyal destek, ihtiyaçlarının ve kültürel şartlar, yaşanılabilir çevre, gıda hizmeti, bilgi ve beceriler, eğitim programları, hastalık ve yaralanmalara ilişkin veri tabanı konularının öneminden bahsedilmiştir20. 1996 yılındaki Ljubljana Sözleşmesi'nde sağlığı geliştiren hastane bağlamında sağlığın korunması ve geliştirilmesinin temel prensipler olduğu, hasta hakları için doğru bilgi ve eğitim gerektiği, vardiyalı çalışmanın iyi tasarlanması gerektiği, hastaneler ile birinci basamak arasında işbirliğinin sağlanması, geri bildirimler ile sürekli kalite gelişiminin sağlanması, eğitimlerin planlanması konuları yer almıştır21. 1997 yılındaki Jakarta Bildirgesi'nde Ottowa Sözleşmesi'ne benzer olarak sağlık hizmeti kurumlarına özgü sağlığı geliştirme yaklaşımının gerekliliğinden bahsedilmiştir22. Aynı yıldaki Viyana Tavsiyeleri, sağlığı geliştiren hastaneler açısından temel prensipleri ve uygulama stratejilerini tekrar ortaya koymuştur. Temel prensipler içerisinde toplulukların eşitliği; hasta, hasta yakını ve çalışanların iyilik hali, kapsayıcı sağlık hizmeti yaklaşımı, toplum temelli sağlık hizmeti, kaynakların etkili kullanımı, sağlık sistemi basamakları arasında yakın bağlantılar ele alınmıştır. Uygulama stratejileri ise temel olarak; katılımın teşviki ve bağlılık oluşturma; iletişimi, bilgiyi ve eğitimi geliştirme, örgütsel gelişim ve proje yönetimi tekniklerinin kullanılması, deneyimlerden öğrenme şeklinde belirtilmiştir23. 2005 yılındaki Bangkok Sözleşmesi'nde hastanelere yönelik ortam temelli sağlığı geliştirme kavramı irdelenmiştir24.

DSÖ tarafından sağlığı geliştiren hastaneler için çalışma grupları oluşturulmuş, bu gruplar tarafından 2006 yılında 5 standart ve 18 temel strateji belirlenmiştir19. 2006 standartları 2020 yılında güncellenmiş ve bir araç olarak sunulmuştur25. Bu araç ile sağlığı geliştirmenin değerlendirilmesi ve uygulanmasının desteklenmesi, sürekli iç iyileştirme süreçlerinin teşvik edilmesi ve kuruluşun stratejisini gerçekten bir sağlığı geliştirme ortamına dönüştürmek amaçlanmıştır26. Araç; 5 ana standart, 18 alt standart ve 85 maddeyi kapsamaktadır. Her madde, 1'den 10'a kadar değerlendirilebilen ölçülebilir unsurları içermektedir. Ana standartlar; sağlığı geliştiren hastane için kurumsal bağlılığı göstermek, hizmete erişimi sağlamak, insan odaklı sağlık hizmetini ve kullanıcı katılımını desteklemek, sağlıklı işyeri ve

sağlıklı ortam oluşturmak ve daha geniş toplumda sağlığı geliştirmek şeklinde sıralanmaktadır. Bu araç ile yapılan değerlendirmeler kurumun içinden ve dışından olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Değerlendiren ekibin multidisipliner olması ve farklı örgütsel düzeyde personelden oluşması önerilmektedir. Değerlendirme için toplanan verilerin yorumlanırken; zaman içinde (iyileştirme çalışmaları öncesi ve sonrası şeklinde), benzer sağlayıcılarla ya da belirlenen hedefler ile karşılaştırma yapılabilmektedir. Bunun sonucunda kuruluşlar, performans düzeylerini ve iyileştirme için alınacak tedbirleri belirlemektedir25.

Sağlığı geliştiren hastane girişiminin uygulanması ve geliştirilmesi açısından 3 sistematik derlemede; kaynakların mevcudiyeti, liderlik ve yönetim desteği, sağlık sisteminde süreklilik ve iş birliği, gerçek ihtiyaç analizi ve ihtiyaçların doğru değerlendirilmesi, sağlığı geliştiren hastane standardizasyonu, öz bakımın teşvik edilmesi, bilginin artırılması, hasta ve personel beceri eğitimi, kalite göstergelerinin iyileştirilmesi, sağlığı geliştiren hastane ekibinin sürekli katılımı, müdahalelerin tasarlanması, sonuçlara dikkat edilmesi, sağlıkta eşitlik, sağlıklı çalışma ortamının teşvik edilmesi ve kurumsal kapasite geliştirme kolaylaştıran unsurlar olarak belirtilmektedir. Engelleyen unsurlar içerisinde; kaynakların kısıtlılığı, hastane mali sisteminin verimsizliği, yüksek maliyetler, yetersiz yönergeler ve protokoller, paydaşların bakış açısının tanımlanmaması, liderlik ve/veya yönetim desteğinin yetersizliği, yetenekli ve bilgili personel yetersizliği, yanlış eğitim, değerlendirme programlarının eksikliği, hizmetlerin değerinin boyutu ile ölçülmesi, personel arasında sağlığı geliştirici bir yaklaşımın olmaması, hastanelerde sağlığı geliştirici faaliyetlerin önceliği olmaması, hasta katılımının eksikliği ve değişime karşı direnç bulunmaktadır27–29. Sağlığı geliştiren hastane yaklaşımında belirlenen standartların karşılanması ve düzenli değerlendirilmesi, beraberinde uygulamayı kolaylaştırıcı ve engelleyici faktörlere yönelik girişimlerin düşünülmesi gerektiği görülmektedir.

Dünya ve Türkiye'deki durum

Dünya Sağlık Örgütü tarafından Uluslararası Sağlığı Geliştiren Hastaneler ve Sağlık Servisleri Ağı kurulmuştur. Bu ağ, sağlığı geliştirme kavramını, değerlerini, stratejilerini, standartlarını ve göstergelerini hastanelerin ve sağlık hizmetlerinin kurumsal yapısına ve kültürüne entegre etmeye çalışmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kalitesini, hastaneler ve sağlık hizmetleri ile toplum ve çevre arasındaki ilişkiyi; hastaların, hasta yakınlarının ve çalışanların koşullarını ve memnuniyetlerini iyileştirerek daha iyi bir sağlık düzeyine ulaşmayı amaçlamaktadır. 30 ülkeden yaklaşık 600 hastane ve sağlık hizmeti sunucusu bu ağa katılmıştır ancak Türkiye'den bir üye bulunmamaktadır30. Uluslararası Sağlığı Geliştiren Kampüsler Ağı uluslararası düzeyde Okanagan Bildirgesini yaygınlaştırır ve küresel çapta yükseköğretimde sağlığı geliştirmeyi teşvik eder. Çalışmaları arasında uluslararası ve bölgesel ağlar kurmak, konferanslar düzenlemek ve Okanagan Bildirgesini çeşitli girişimlerle dünya çapında hayata geçirmek bulunmaktadır. Ulusal ve bölgesel düzeyde ağlar bu uluslararası ağa dahil olabilmektedir, ancak Türkiye bu kapsama dahil değildir31. Ege Üniversitesi, 2025 yılında yapılan Uluslararası Sağlığı Geliştiren Üniversiteler Kongresi'ne katılmış ve bu ağa dahil olma sürecini başlatan ilk Türk üniversitesi olmuştur32.

Ülkemizde Aralık 2024'te dokuz üniversiteden öğretim üyeleri ve öğrencilerden temsilcilerin katılımıyla Sağlığı Geliştiren Üniversiteler Ağı kurucular toplantısı ve çalıştayı düzenlenmiştir. Bu ağın kurulması ile üniversite kampüslerinde çeşitli çalışmaların yürütülmesi ve ortak bilimsel araştırma ve projelerin geliştirilmesi hedeflenmektedir33.

İzmir Ekonomi Üniversitesi 2024 yılında "Sağlıklı Kampüs" modeli kapsamında öğrencilerin ve çalışanların fiziksel, zihinsel ve sosyal sağlığını desteklemeye yönelik çok boyutlu uygulamalar yürütmüştür. Fiziksel aktivite alanları, psikolojik danışmanlık hizmetleri, sağlıklı beslenme uygulamaları, sürdürülebilirlik temelli çevresel düzenlemeler gibi çeşitli alanlarda uygulamalar bulunmaktadır. Üniversitenin Güzelbahçe kampüsü, sürdürülebilirlik ve sağlıklı kampüs ilkeleri doğrultusunda tasarlanmıştır34. Ayrıca İzmir İl Sağlık Müdürlüğü tarafından yapılan değerlendirme sonucunda üniversiteye "Beslenme Dostu ve Fiziksel Aktiviteyi Destekleyen İş Yeri" belgesi verilmiştir35.

DESHAK projesi tanıtımı

Sağlığı geliştiren üniversite ve hastane bağlamında Dokuz Eylül Üniversitesinde, Dokuz Eylül Sağlıklı Hastane ve Kampüs Projesi (DESHAK) planlanmıştır. Bu proje 2026-2030 yılları arasında 5 yıl süreyle üç aşamalı olarak tasarlanmıştır. Bir yıl sürecek ilk aşamanın ilk yarısı proje hazırlıkları ve yönetim sürecidir. Bu dönemde başhekimlik, dekanlık ve rektörlük ile iletişime geçilmiş, personel ve altyapı değerlendirmesi yapılmış, etik kurul başvuruları yapılmıştır. Birinci aşamanın ikinci yarısında ise uygulanmak üzere beş iş paketi planlanmıştır:

1. İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi (İSGB) Verilerinin Analizi ve Sürveyans

2. Hastane Olanaklarının Saptanması, Altyapı, Ekipman

3. Niteliksel Çalışma, Beklentilerin Alınması (Odak Grup ve Derinlemesine Görüşmeler)

4. Kesitsel Çalışma: Öğrencilerde Risk Düzeyi vb Değişkenlerin Saptanması

5. Hazırlık-Tanıtım Çalışması

Çalışmanın bir yıl sürecek ikinci aşamasının ilk yarısında İSGB uygulamaları ile entegrasyon (İşe giriş muayeneleri, Periyodik muayeneler, Aşılar, Koruyucu hekimlik) planlanmıştır. Bu aşamanın ikinci yarısında girişimlerin hayata geçirilmesi hedeflenmektedir. Bu girişimler 7 iş paketinden oluşmaktadır:

6. Tütün Bağımlılıkla Mücadele Programı

7. Sağlıklı Dengeli Beslenme Programı

8. Egzersiz, Hareketli Yaşam Programı

9. Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı Programı

10. Kalp Damar Hastalıkları Programı

11. Psikososyal Riskler Programı

12. İş Hijyeni Programı

Projenin üç yıl sürecek üçüncü ve son aşamasında ise girişim programlarına devam edilecek aynı zamanda başhekimlik, dekanlık, rektörlük, halk sağlığı anabilim dalı ve diğer anabilim dallarıyla aylık ve yıllık değerlendirme toplantıları yapılacaktır. Ocak 2030'da son değerlendirme toplantısıyla proje tamamlanacaktır.

Sonuç ve Öneriler

Sağlığı geliştiren hastane ve kampüs yaklaşımı hem sağlık çalışanlarının ve öğrencilerin daha sağlıklı olması hem de motivasyonlarının artması yönünde önemli çıktılara yol açacaktır. Bireylerin sorumluluklarının farkına varması, daha sağlıklı bir yaşam stiline yönlenmeleri doğrultusunda sağlık okuryazarlığı düzeyi ve sağlık eğitimlerinin artmasını sağlarken; yöneticilerin konuyla ilgili tüm düzenlemeleri yapmaları gerektiğini bilmeleri, yerel ve ulusal kaynakların bu alanlara kanalize edilmesi önemli kazanımlara yol açacaktır.

Kaynaklar

1. *World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion [Internet]. First International Conference on Health Promotion; 1986 [a.yer 09 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://iris.who.int/handle/10665/349652*

2. *Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 01 Eylül 2000;15(3):259-67.*

3. *Kickbusch IS. Health literacy: addressing the health and education divide. Health Promot Int. 01 Eylül 2001;16(3):289-97.*

4. *Sanci L, Williams I, Russell M, Chondros P, Duncan AM, Tarzia L, vd. Towards a health promoting university: descriptive findings on health, wellbeing and academic performance amongst university students in Australia. BMC Public Health. 27 Aralık 2022;22(1):2430.*

5. *Faria M, Fernandes R, Gallasch C, Alves L. Contributions of the health-promoting universities' movement: An integrative literature review. J Educ Health Promot. 27 Mayıs 2021;10.*

6. *Tsouros AD, Dowding G, Thompson J, Dooris M. Health promoting universities: Concept, experience and framework for action [İnternet]. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 1998 [a.yer 10 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://iris.who.int/handle/10665/108095*

7. *International Conference on Health Promoting Universities & Colleges (7th : 2015 : Kelowna (B.C.)). Okanagan Charter: An international charter for health promoting universities & colleges [Internet]. 2015 [a.yer 10 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://open.library.ubc.ca/collections/53926/items/1.0132754*

8. *Suárez-Reyes M, Muñoz Serrano M, Van den Broucke S. How do universities implement the Health Promoting University concept? Health Promot Int. 01 Ekim 2019;34(5):1014-24.*

9. *Al-Jayyousi GF, Alsayed Hassan D, Abdul Rahim H, E Abdel-Rahman M, Ferreira I, Mukhalalati B, vd. Health and Well-Being in the Context of Health-Promoting University Initiatives: Protocol for a Mixed Methods Needs Assessment Study at Qatar University. JMIR Res Protoc. 18 Aralık 2024;13:e58860.*

10. *Suárez-Reyes M, Van den Broucke S. Participation of university community members in Health Promoting University (HPU) initiatives. Front Public Health [İnternet]. 2023 [a.yer 10 Ekim 2025];Volume 11-2023. Erişim adresi: https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2023.1217177*

11. *Venturoso Gongora Buckeridge Serra M, Montesanti AP, Brunherotti MAA, Martínez-Riera JR. Health indicators in Brazil and Spain: strategies for health promoting universities. Glob Health Promot. 01 Eylül 2024;31(3):33-41.*

12. *Suárez-Reyes M, Van den Broucke S. Implementing the Health Promoting University approach in culturally different contexts: a systematic review. Glob Health Promot. 01 Mart 2016;23(1_suppl):46-56.*

13. *Tafireyi CGS, Grace JM. Status of the Health Promoting University (HPU) globally and its relevance for emerging African HPUs: an integrative review and bibliometric analysis. Glob Health Promot. 01 Eylül 2024;31(3):42-59.*

14. *Sedghi F, Mahdizadeh M, Vahedian- Shahroodi M, Gholian-Aval M. Exploring the conceptual framework of a health-promotion faculty from the perspective of members: a qualitative study. BMJ Open. 01 Mayıs 2023;13(5):e073059.*

15. *Sáenz C, Boldú E, Canal J. Health promoting universities: A scoping review. Health Promot J Austr. 01 Nisan 2025;36(2):e939.*

16. *Wartiningsih M, Supriyanto S, Widati S, Ernawaty E, Lestari R. Health Promoting Hospital: A Practical Strategy to Improve Patient Loyalty in Public Sector. J Public Health Res. 03 Temmuz 2020;9(2):jphr.2020.1832.*

17. *World Health Organization. Health promoting hospital [İnternet]. [a.yer 11 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.who.int/southeastasia/activities/health-promoting-hospital/*

18. *Pelikan JM, Krajic K, Dietscher C. The health promoting hospital (HPH): concept and development. Patient Educ Couns. 15 Aralık 2001;45(4):239-43.*

19. *Pelikan JM, Gröne O, Svane JK. The International HPH Network – A short history of two decades of development. 2011;1(1).*

20. *World Health Organization. The Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals [İnternet]. 1st Business Meeting of the International Network of Health Promoting Hospitals; 1991 [a.yer 11 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.hphnet.org/wp-content/uploads/2020/03/Budapest-Declaration.pdf*

21. *World Health Organization. The Ljubljana Charter on Reforming Health Care [İnternet]. 1996 [a.yer 11 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.hphnet.org/wp-content/uploads/2020/03/Ljubljana-Charter.pdf*

22. *World Health Organization. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century [İnternet]. The Fourth International Conference on Health Promotion; 1997 [a.yer 12 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.hphnet.org/wp-content/uploads/2020/03/Jakarta-Declaration.pdf*

23. *World Health Organization. The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals [İnternet]. 1997 [a.yer 12 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.hphnet.org/wp-content/uploads/2020/03/Vienna-Recommendations.pdf*

24. *World Health Organization. Bangkok Charter [İnternet]. 6th Global Conference on Health Promotion; 2005 [a.yer 12 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.hphnet.org/wp-content/uploads/2020/03/Bangkok-Charter.pdf*

25. *International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services. Self-Assessment Tool for Implementing the 2020 Standards for Health Promoting Hospitals and Health Services. International HPH Network; 2021.*

26. *Groene O, Katsaros K, Chiarenza A, Fawkes S, Kristenson M. Standards for Health Promoting Hospitals and Health Services: Development and tools for implementation and measurement. medRxiv. 01 Ocak 2024;2024.07.22.24309820.*

27. *Mahmoodi H, Shaghaghi A. Barriers and gateways to adapt standards of the Health Promoting Hospitals: a rigorous consolidation of the global research evidence. Int J Health Promot Educ. 03 Eylül 2019;57(5):235-55.*

28. *Yaghoubi M, Karamali M, Bahadori M. Effective factors in implementation and development of health promoting hospitals: a systematic review. Health Promot Int. 01 Ağustos 2019;34(4):811-23.*

29. *Rouhifard M, Vosoogh-Moghaddam A, Moshiri E. The roles and functions of future hospitals in health promotion: A systematic review in Iran. J Educ Health Promot. Ocak 2022;11(1):316.*

30. *International Network of Health Promoting Hospitals & Health Services. About Us - HPH [İnternet]. [a.yer 13 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.hphnet.org/about-us/*

31. *IHPCN. International Health Promoting Campuses Network [İnternet]. [a.yer 13 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.healthpromotingcampuses.org*

32. *Ege Ajans Ege Üniversitesi Haber Ajansı. EÜ'de 'Sağlığı Geliştiren Üniversiteler Ağı'na katılım süreci başladı [İnternet]. [a.yer 13 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.euegeajans.com/index.php/2025/07/16/eude-sagligi-gelistiren-universiteler-agina-katilim-sureci-basladi/*

33. *Anadolu Üniversitesi e-gazete. Anadolu Üniversitesi, "Sağlığı Geliştiren Üniversiteler Ağı" kurucuları arasında [İnternet]. [a.yer 13 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://egazete.anadolu.edu.tr/kampus/42617/anadolu-universitesi-sagligi-gelistiren-universiteleragi-kuruculari-arasinda*

34. *İzmir Ekonomi Üniversitesi Gastronomi ve Mutfak Sanatları. Sağlıklı Kampüste 'İzmir Ekonomi' Modeli [İnternet]. [a.yer 14 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://culinary.ieu.edu.tr/webservice/redirect.php*

35. *İzmir Ekonomi Üniversitesi. "Beslenme Dostu ve Fiziksel Aktiviteyi Destekleyen Üniversite" [İnternet]. [a.yer 14 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.ieu.edu.tr/tr/news/type/read/id/10007[S149]*

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S149]
KADINLARDA DÜZENLİ FİZİKSEL AKTİVİTENİN FAZLA KİLO YÖNETİMİNE ETKİSİ: BURDUR İLİ ÖRNEĞİ

***Tuğba Kayacan*, Ayşen Til, Selma Kalkan, Fatma Çelik**
Burdur İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı, Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Birimi

Giriş-Amaç

Günümüzde obezite, değişen beslenme alışkanlıkları ve azalan fiziksel aktivite nedeniyle hem dünyada hem de Türkiye'de hızla artan bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Özellikle kadınlarda obezite oranlarının erkeklere göre daha yüksek olması, fiziksel aktivitenin kilo kontrolündeki rolünü araştırmayı önemli kılmaktadır. Çalışmamızın amacı, Burdur ilinde yaşayan kadınların düzenli fiziksel aktiviteye katılım düzeyleri ile kilo yönetimi başarısı arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

Gereç-Yöntem

Çalışmanın evrenini 18-65 yaş arasında Burdur ili Merkez ilçesindeki aile hekimliği birimlerinden herhangi birine kaydı bulunan toplam 2197 fazla kilolu ve obeziteli kadın oluşturmaktadır. Çalışmamız Burdur Merkez Sağlıklı Hayat Merkezinde yürütülmüştür. Müdahale tipinde olan araştırmada müdahale ve kontrol grupları bire bir olarak alınmış ve çalışmamıza toplam 280 kişi katılmıştır. İstatistik analizlerde SPSS 21.0 paket programı kullanılmıştır. Sayısal değişkenler ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum şeklinde sunulmuştur. Verilerin normal dağılıma uygunluğu kolmogrov-smirnow ile test edilmiştir. Karşılaştırmalar tekrarlı ölçümler ANOVA testi ve eşleştirilmiş t testi kullanılarak yapılmış olup anlamlılık düzeyi $p<0.05$ alınmıştır.

Bulgular

Çalışmanın müdahale grubu katılımcılarının yaş ortalaması ± standart sapması 46,7± 11,5 yıldır. Katılımcılar minimum 18 yaşında, maksimum 62 yaşındadır. Çalışmaya katılan kadınların %82,2'ü ev hanımı, %17,8'si herhangi bir ücretli işte çalışmaktadır. Kadınların %17,1'sı ilk ve ortaokul, %60,7'si lise, %22,2'si yüksekokul mezunudur. Çalışmaya katılan kadınların %69,2'ünün düzenli ilaç kullanmasını gerektiren bir kronik hastalığı mevcuttur. Çalışmanın kontrol grubu katılımcılarının yaş ortalaması ± standart sapması 45,4±11,2 yıldır. Kontrol grubu katılımcılar minimum 21 yaşında, maksimum 64 yaşındadır. Çalışmaya katılan kontrol grubu kadınların %86,4'ü ev hanımı, %13,6'sı herhangi bir ücretli işte çalışmaktadır. Kadınların %14,2'si ilk ve ortaokul, %66,4'ü lise, %19,4'ü yüksekokul mezunudur. Çalışmaya katılan kadınların %81,4'ünün düzenli ilaç kullanmasını gerektiren bir kronik hastalığı mevcuttur. Kadınların ilk başvuruda yapılan ölçümlerinde; minimum BKI 25,04, maksimum 51,85 ölçülmüştür. Ortalama ve standart sapması 37,1±7,4 olarak hesaplanmıştır. Sağlıklı hayat merkezimizde yüz yüze yapılan egzersiz programı sonrasında 6. Haftanın sonunda yapılan ölçümlerde BKI ortalama ve standart sapması 32,8±6,2 olarak hesaplanmıştır. Minimum ve maksimum BKI değerleri 23,8 ve 49,8 olarak ölçülmüştür. Çalışmaya katılan kadınlara verilen egzersiz programlarını evde bireysel olarak uygulamışlar ve ev takiplerinin sonunda yapılan 6. Ay ölçümlerde BKI ortalama ve standart sapması 31,9±5,8, Minimum ve maksimum BKI değerleri 22,8 ve 49,6 olarak ölçülmüştür. Çalışmada başlangıç kilo ve BKI sonuçları ile 6. Hafta kilo ve BKI sonuçları arasında azalma tespit edilmiş olup, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$).

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak, çalışmamız düzenli ve yapılandırılmış fiziksel aktivitenin kadınlarda kilo kaybı ve kilo yönetiminin sürdürülmesine anlamlı katkı sağladığını, ortalama değerlerdeki düşüş ve grup içi homojenlik artışı ile müdahalenin etkinliğini desteklediğini göstermektedir. Fiziksel aktiviteye katılımın artırılması, sağlıklı yaşam biçimlerinin desteklenmesi ve kilo kontrol programlarının yaygınlaştırılması, Burdur ilinde obeziteyle mücadelede etkili bir halk sağlığı stratejisi olarak değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Halk sağlığı, kilo yönetimi, fiziksel aktivite

TAM METİN SÖZLÜ BİLDİRİ

[S150]
HALK SAĞLIĞI HAFTASI 2025 İLETİŞİM KAMPANYASI ETKİ DEĞERLENDİRMESİ

Zeynep Devran Muharremoğlu[1], Çağrı Emin Şahin[1], Muhammed Atak[2], Ayşegül Esin[1]
[1]Sağlık Bakanlığı, Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü
[2]Sağlık Bakanlığı, Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, İstanbul Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Ülkemizde halk sağlığı ve koruyucu sağlık hizmetlerinin önemini vurgulamak ve bu kapsamda yürütülen faaliyetleri daha görünür kılmak amacıyla, 2001 yılından bu yana Sağlık Bakanlığı tarafından 3-9 Eylül tarihleri "Halk Sağlığı Haftası" olarak kutlanmaktadır. Bu hafta kapsamında yapılan iletişim kampanyalarının bu yılkinde "Koruyan, Geliştiren Sağlık" teması ve "7 Güne 7 Tema" yaklaşımı ile ulusal ve yerel düzeyde çeşitli faaliyetler yürütülerek geniş görünürlük sağlanmıştır. Kampanya, Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ve Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliği koordinasyonunda yürütülmüş; sosyal medya (Instagram, X), geleneksel medya (televizyon, radyo…), kurumsal ekranlar ve internet sayfaları (IPTV, pop-up) ve açık hava iletişim araçları (billboardlar, ulaşım araçlarının ekranları, köprü, tarihi ve kültürel yapı ışıklandırmaları) eş zamanlı olarak kullanılmıştır. Bu çalışmanın amacı Halk Sağlığı Haftası kapsamında yapılan iletişim faaliyetlerinin etki değerlendirilmesinin yapılması ve etkinliğinin ortaya konulmasıdır.

Gereç-Yöntem

"7 Güne 7 Tema" kapsamında halk sağlığının ana konuları ele alınmıştır:

1. Gün 3 Eylül "Nefesiniz Dumansız Hayatınız Sağlıklı"

2. Gün 4 Eylül "Kanserde Erken Teşhis Hayat Kurtarır"

3. Gün 5 Eylül "Sağlıklı Hayat Merkezleri ile Sağlıklı Hayata Merhaba"

4. Gün 6 Eylül "Dijital Dünyanı Yönet, Hayatı Kaçırma"

5. Gün 7 Eylül "Hareket Et, Doğru Beslen, Sağlıklı Yaşa"

6. Gün 8 Eylül "Size En Yakın Hekiminiz Aile Hekiminiz"

7. Gün 9 Eylül "Sağlıklı Çocuk, Sağlıklı Gelecek"

Halk Sağlığı Haftası kapsamında aşağıda Şekil 1'de yer alan posterler Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü tarafından geliştirilerek 81 ilde kullanılmıştır.



Şekil 1. *Halk Sağlığı Haftası tematik afişleri.*

Bu temalara uygun olarak Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü olarak 81 farklı video, 7 farklı radyo spotu, 29 farklı afiş, 46 farklı broşür, 14 farklı bilboard, 12 farklı motion grafik, 7 farklı pop-up, 83 farklı sosyal medya paylaşımı, 7 farklı karşılama kaydı (IVR), 37 farklı IPTV ve 14 farklı yerde köprü, tarihi ve kültürel yapı ışıklandırma çalışması üretilip kullanılmıştır.

Veri Kaynakları:

Bu etki değerlendirmesinde Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü'ne ait sosyal medya hesapları ele alınmıştır.

- Sosyal Medya Analizi: Instagram ve X (Twitter) üzerinden erişim, etkileşim, takipçi artışı/kaybı, beğeni ve retweet sayıları gibi göstergeler incelenmiştir.
- Geleneksel Medya: Ulusal ve yerel basında çıkan haberler içerik analizi yöntemiyle değerlendirilmiş, haber sayısı, tonlaması (olumlu/nötr/olumsuz) ve mesaj tutarlılığı ölçülmüştür.
- Dış Mekân İletişim: Köprü, tarihi ve kültürel yapı ışıklandırması, billboardlar, kurum içi ekranlar ve dini mekânlarda verilen mesajların yayılımı görünürlük kriterleri üzerinden ele alınmıştır.
- SABİM verileri: ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı'nın aranma durumundaki değişim değerlendirilmiştir.

Kampanya etki değerlendirmesi, uluslararası standartlarla uyumlu olarak karma yöntem yaklaşımı ile yapılmıştır. Bu yaklaşım, hem nicel (sayısal metrikler, erişim/etkileşim verileri) hem de nitel (içerik analizi) yöntemleri entegre etmektedir. Etki düzeyleri kısa vadeli (farkındalık, bilgi artışı), orta vadeli (davranışsal niyet ve tutum değişikliği) ve uzun vadeli (politika ve sağlık çıktıları) boyutlarda analiz edilmiştir.

Sosyal medya değerlendirmesi için Instagram ve X üzerinden erişim, etkileşim, takipçi artışı/kaybı, beğeni ve retweet sayıları gibi göstergeler incelenmiştir. Geleneksel Medya değerlendirmesi için ulusal ve yerel basında çıkan haberler içerik analizi yöntemiyle değerlendirilmiş, haber sayısı, tonlaması (olumlu/nötr/olumsuz) ve mesaj tutarlılığı ölçülmüştür. Açık hava iletişimi için billboardlar, ulaşım araçlarındaki verilen mesajların yayılımı, köprü, tarihi ve kültürel yapı ışıklandırmaları, IPTV ve görünürlük kriterleri üzerinden ele alınmıştır. Hizmetlerle ilgili veriler değerlendirilirken ise SABİM çağrıları, sigara bırakma başvuruları gibi sağlık hizmeti kullanım verilerinin iletişim çıktılarıyla korelasyonu kurulması metodolojinin bir parçası olarak kurgulanmıştır.

Analiz Yöntemleri:

İçerik Analizi: Ulusal ve yerel basındaki haberlerin sayı, uzunluk ve çerçeveleme açısından kodlanması.

Medya Etki Skorlama Modeli: Erişim, etkileşim, çeşitlilik, mesaj tutarlılığı ve güvenilirlik kriterleri ağırlıklandırılarak 100 puan üzerinden etki skoru hesaplanmıştır.

Etki Düzeyleri:

Çıktı Düzeyi: Kampanya süresince üretilen medya ve sosyal medya içerikleri.

Kısa/Orta Etki Düzeyi: Hedef kitlede ana mesajların doğru anlaşılıp anlaşılmadığı test edilmelidir (1). Hedef kitlede farkındalık artışı, bilgi edinme, tutum değişikliği ve ilk davranışsal göstergeler.

Uzun Vadeli Etki: Politika düzeyinde yansımalar, hizmet kullanımında kalıcı artışlar ve toplumsal sağlık göstergelerindeki değişim.

Bu metodolojik yapı sayesinde, kampanyanın yalnızca görünürlüğü değil, aynı zamanda toplumsal sağlık davranışları üzerindeki etkisi de sistematik biçimde ölçülmüştür.

Bulgular

Sosyal Medya Kullanımı

Instagram erişimi oldukça yüksektir (1,5 milyon görüntüleme).

X etkileşimi görece daha düşük ama paylaşım/retweet oranı güçlüdür (1.960).

Takipçi artışı sınırlı (+304), bu durum kampanyanın daha çok mevcut kitleye ulaştığını gösteriyor.

Geleneksel Medya ve Görünürlük

TV ve Radyo: Tematik programlara içerikler sağlandı, radyo spotları yayınlandı. Kampanya, "7 gün, 7 tema" mottosuyla tüm ulusal ajanslarda geniş yer buldu. Özellikle tütünle mücadele, kanserde erken teşhis ve dijital bağımlılıkla mücadele temaları öne çıkarıldı.

Açık alan iletişimi (THY, TCDD, Marmaray, köprü, tarihi ve kültürel yapı ışıklandırmaları): Temalar geniş kitlelere ulaştırıldı.

Kurumsal görünürlük: Bakanlık binalarında stantlar kuruldu, yemekhanelerde afişler ve tematik sunumlar kullanıldı

Medya Etki Skoru: Erişim, Etkileşim, Çeşitlilik, Tutarlılık ve Güvenilirlik kriterleri üzerinden hesaplanan kampanya, 85/100 puan ile yüksek etki düzeyine ulaşmıştır (Erişim: 1.503.029 → 5/5,Etkileşim: 12.145 → 4/5, Çeşitlilik: Üç kanal → 3/5, Tutarlılık: Mesaj uyumlu → 5/5, Güvenilirlik: Sosyal medya → 3/5). Özellikle erişim ve mesaj tutarlılığı güçlü bulunmuş, çeşitlilik ve güvenilirlik kriterlerinde gelişim alanları belirlenmiştir Halk Sağlığı Haftası Medya Etki Skoru Değerlendirmesi Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1. Halk Sağlığı Haftası Medya Etki Skoru Değerlendirmesi

Kriter	Açıklama	Ölçüm	Ağırlık (%)
Erişim	Haberin/mesajın ulaştığı kitle büyüklüğü	Ulusal reyting, haber okunma sayısı, sosyal medya erişimi	40
Etkileşim	İzlenme, beğeni, paylaşım, yorum, retweet	Sosyal medya metrikleri (Instagram, Sosyal medya metrikleri (Instagram, X Analytics)	25
Görünürlük Çeşitliliği	Tek kanalda mı, çok kanalda mı yayımlandı	1–5 arasında ölçek	15
Mesaj Tutarlılığı	"7 gün, 7 tema" gibi kampanya mesajıyla uyum	İçerik analizi puanı (1–5)	10
Kaynak Güvenilirliği	Ulusal medya > yerel > sosyal medya	1–5 arasında ölçek	10

Erişim ve Etkileşim: Sağlık temalı kitle iletişimi kampanyalarının, özellikle yeterli görsel ve tekrarla, büyük nüfuslarda davranış değişikliği oluşturduğu gösterilmiştir. Bu nedenle erişim/tekrar gibi göstergelerin izlenmesi gerekir (2). Sosyal medya için uygun metrikler için "Etkileşim", "Mesaj Tutarlılığı" ve "Kanal çeşitliliği" boyutlarının kullanılması gerekir (3). Kampanya, Instagram'da 1,5 milyonun üzerinde görüntülenme ve toplamda 1,6 milyonun üzerinde dijital erişim elde etmiştir. X platformunda 6.381 etkileşim ve 1.960 retweet ile mesajların yayılımı güçlenmiştir. Ancak yeni takipçi kazanımı sınırlı (+304) kalmış; bu durum kampanyanın mevcut kitleye daha fazla nüfuz ettiğini göstermektedir. DSÖ ve yeni literatür, sosyal medya kampanyalarında farkındalık ve davranış göstergelerinin birlikte ölçülmesini; mümkünse sağlık hizmeti kullanımına bağlanmasını önermektedir (4). Halk Sağlığı haftasındaki 1. Gün 3 Eylül teması "Nefesiniz Dumansız Hayatınız Sağlıklı"idi. Halk Sağlığı haftası öncesi (27 Ağustos – 2 Eylül haftası) Halk Sağlığı haftası (3-9 Eylül) ve sonrasında (10-16 Eylül) ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı aramaları ile kıyaslanmıştır. Halk Sağlığı haftası ve sonrası (3-9 Eylül) ve sonrasında (10-16 Eylül) ALO 171 %1,5 artış tespit edilmiştir (Grafik 1).



Grafik 1. *Halk Sağlığı Haftası İletişim Kampanyası öncesi ve sonrası Alo 171 aramalarının dağılımı.*

Medya Görünürlüğü: TRT Haber, AA ve ulusal basında "7 gün 7 tema" mottosu geniş yer bulmuş, tütünle mücadele, kanserde erken teşhis ve dijital bağımlılıkla mücadele gibi temalar öne çıkmıştır. Yerel medya ise illerde düzenlenen etkinliklerin görünür kılınmasını sağlayarak vatandaş katılımını artırmıştır.

Araştırmanın Kısıtlılıkları

Uzun vadede etki analizinde medya gündeminden siyasi gündeme taşınması gerekir ki bunu değerlendirme için yeterli zaman bulunamamıştır (5). Uzun vade etkilerin ortaya çıkması ve sağlık davranış değişikliklerine etkisinin değerlendirilebilmesi için yeterli zaman geçmemiştir.

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak, Halk Sağlığı Haftası 2025 kampanyası, erişim ve görünürlükte yüksek başarıya ulaşmıştır. Önümüzdeki dönemde davranışsal etkiyi artırmak için veri entegrasyonu, hedefli iletişim stratejileri ve kurumsal sürdürülebilirlik öncelikli geliştirme alanlarıdır. Kampanya kısa vadede güçlü farkındalık yaratmış, orta vadede davranışsal değişiklikleri desteklemiş, uzun vadede ise politika düzeyinde görünürlüğü artırma potansiyeli taşımaktadır. Kısa ve orta vadedeki davranış değişikliğine en iyi kanıt sağlık merkezi başvuru sayısındaki artıştır (2). Halk Sağlığı haftası öncesi ve sonrasında ALO 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı aramalarında %1,5 artış tespit edilmiştir.

"7 gün, 7 tema" söylemi hem ulusal hem yerel hem de dijital medya tarafından tutarlı ve tekrar edilebilir şekilde işlendi. Mesaj bütünlüğü sayesinde kampanyanın ana teması her mecra aracılığıyla aynı etkiyle yansıtıldı. Yerel basın, kampanyanın sahaya yansımasını destekleyerek vatandaş katılımını artırdı.

Öneriler

1. Stratejik İletişim ve Kampanya Yönetimi

Çok Kanallı Entegrasyon: 2025 kampanyasında güçlü bir ulusal görünürlük sağlanmış olsa da, sosyal medya ve geleneksel medya kanallarının eşzamanlı stratejik senaryo planları hazırlanmalıdır. Bu sayede teknik aksaklıklar (IPTV çökmesi, broşür gecikmesi gibi) kriz iletişim planıyla hızla telafi edilebilir.

Hedeflenmiş İletişim: Instagram erişimi 1,5 milyonun üzerinde iken, yeni takipçi kazanımı sınırlı kalmıştır. Yaş grupları, il bazlı nüfus yoğunluğu ve risk faktörlerine göre segmentlenmiş içerik stratejisi oluşturulmalıdır. Gençlere yönelik dijital bağımlılık ve fiziksel aktivite içerikleri, yaşlı nüfusa yönelik kronik hastalık taramaları ayrı ayrı öne çıkarılmalıdır.

Kurumsal Sözcülük: Ulusal medya haberlerinde resmi açıklamaların güçlü etkisi görülmüştür. Stratejik olarak yerel sözcü havuzu (il sağlık müdürleri, saha hekimleri, ebe/hemşire temsilcileri) oluşturulmalı ve bölgesel mesajların sahici aktörler aracılığıyla halka ulaşması sağlanmalıdır.

2. Ölçme-Değerlendirme ve Veri Entegrasyonu

Davranışsal Etki Ölçümü: Mevcut rapor erişim ve etkileşim verilerini sunmaktadır. Bir sonraki kampanyada, sigara bırakma başvuruları, kanser tarama sayıları, randevu kayıtları gibi hizmet kullanım verileriyle korelasyon analizi yapılmalıdır.

3. Kurumsal Kapasite ve Sürdürülebilirlik

Arşivleme ve Bilgi Yönetimi: Önceki yıllarda yaşanan içerik arşivleme eksiklikleri, kurumsal hafızayı zayıflatmaktadır. 2026'dan itibaren merkezi dijital arşiv kurulmalı, tüm afiş, video, sosyal medya içerikleri yeniden kullanım için erişilebilir hale getirilmelidir.

Yerel Ortaklıklar: Yerel basında bazı illerde görünürlük düşük kalmıştır. Belediyeler, yerel STK'lar ve üniversitelerle kurumsal ortaklıklar kurularak kampanyanın yerel sahaya nüfuzu artırılmalıdır.

Uluslararası Paylaşım: Başarılı uygulamalar (ör. köprü ışıklandırmaları, dijital bağımlılıkla mücadele kitap okuma etkinlikleri) WHO EURO ve IUHPE platformlarında iyi uygulama örneği olarak paylaşılmalı; Türkiye'nin görünürlüğü artırılmalıdır.

Halk Sağlığı Haftası 2025 kampanyası, çok kanallı iletişim stratejisi sayesinde yüksek görünürlük ve güçlü toplumsal erişim sağlamıştır.

- Dijitalde erişim yüksek ama yeni takipçi kazanımı sınırlı kalmıştır.
- Geleneksel medya ve mekânsal uygulamalar mesajların toplumun farklı kesimlerine ulaşmasını desteklemiştir.
- İleriye dönük olarak arşivleme, teknik koordinasyon ve sosyal medya stratejisi güçlendirildiğinde etki daha da artırılabilir

Anahtar Kelimeler: Halk sağlığı, koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık kampanyaları, kitle iletişim araçları

Kaynaklar

1. *Hornik, R., & Yanovitzky, I. (2003). Using theory to design evaluations of communication campaigns: The case of the National Youth Anti-Drug Media Campaign. Communication Theory, 13(2), 204–224. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1468-2885.2003.tb00289.x*

2. *Wakefield, M. A., Loken, B., & Hornik, R. C. (2010). Use of mass media campaigns to change health behaviour. The Lancet, 376(9748), 1261–1271. https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS01406736(10)60809-4/abstract*

3. *Neiger BL, Thackeray R, Van Wagenen SA, Hanson CL, West JH, Barnes MD, Fagen MC. Use of social media in health promotion: purposes, key performance indicators, and evaluation metrics. Health Promot Pract. 2012 Mar;13(2):159-64. doi: 10.1177/1524839911433467. PMID: 22382491. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22382491/*

4. *Evaluation in health promotion Principles and perspectives ,WHO,2001,https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/31fc791e-434c-4794-83a9-62db9406d3c7/content*

5. *Vliegenthart, R., & Walgrave, S. (2012). Interdependency of mass media and social movements. Communication Theory, 22(4), 379–401. https://www.researchgate.net/publication/265410927_The_Interdependency_of_Mass_Media_and_Social_Movements*

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S151]
GIDA TAKVİYELERİ HAKKINDAKİ YOUTUBE VİDEO İÇERİKLERİNİN ANALİZİ

***Muhammed Furkan Demir*, İnci Arıkan, Muammer Yılmaz, Muhammet Ali Bölükbaş, Özgün Soy**
Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Son yıllarda gelişen teknoloji, bilgiye ulaşma konusunda birtakım kolaylıklar sağlamaktadır. İnternet ile eskiden uzun çabalar gerektiren bilgiye erişim süresi artık saniyelerle ifade edilmektedir. Özellikle sosyal medyanın günümüzde popüler olması ile siyaset, ekonomi, sağlık vb. alanlarda bilgi akışı yoğun bir şekilde yaşanmaktadır. Kullanımı gittikçe yaygınlaşan ve hekime danışılmadan da ulaşılıp kullanılabilen gıda takviyeleri ile ilgili video içerikleri sosyal medyada paylaşılmaktadır. Bu çalışmada sık kullanılan sosyal medya platformlarından biri olan YouTube® üzerinde gıda takviyeleri konusunda paylaşılmış olan videoların süresi, beğenilme sayısı, görüntülenme sayısı, video içerik kalitesi ve güvenilirliğinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Gereç-Yöntem

Bu çalışma tanımlayıcı niteliktedir. Mayıs 2025 tarihinde YouTube® arama motorunda (https://www.YouTube.com) Türkçe karakterler ile "Gıda Takviyeleri", "Kollagen Takviyeleri", "Vitamin Takviyeleri", "Protein Tozu", "Probiyotikler" ve "Antioksidanlar" anahtar kelimeleri başlık düzeyinde tarandı. Sonuçlar için 4-20 dakika süre filtresi uygulandı, videolar görüntülenme sayısına göre sıralandı ve her bir anahtar kelime için ilk 30 video incelendi. Dahil etme kriterleri; Türkçe içeriğe sahip olması, ürün tanıtımı ya da reklam videosu olmaması olarak belirlendi. Dahil etme kriterlerine uyan, "Gıda Takviyeleri" anahtar kelimesinden elde edilen 13, "Kollagen Takviyeleri" 21, "Vitamin Takviyeleri" 17, "Protein Tozu" 13, "Probiyotikler" 24 ve "Antioksidanlar" 19 olmak üzere toplamda 107 video izlenerek analiz edildi. Arama işleminden önce tüm bilgisayar geçmişi ve tüm çerezler silindi. 23.05.2025 tarihinde tüm videoların başlığı, bağlantı linki (URL adresi), görüntülenme sayısı, beğenilme sayısı, yorum sayısı, videoların yayın yılı, videonun yayınlandıktan sonra geçen süreler kaydedildi. Araştırmada YouTube® videolarının güvenilirliğinin değerlendirilmesi için Global Kalite Ölçeği (GKÖ) ve DISCERN güvenilirlik puanı ölçeğinin beş sorudan oluşan değiştirilmiş formu kullanıldı. DISCERN ölçeğinde sorulara verilen yanıt evet ise 1, hayır ise 0 puan olarak değerlendirilmekte, DISCERN puanı 3 ve üzeri olduğunda bilgi güvenilir kabul edilmektedir. GKÖ için videolar 1 ile 5 arasında puanlama sistemi ile değerlendirilmekte, 4 veya 5 puanlık toplam puanlar yüksek kaliteyi göstermektedir. İstatistiksel analizler SPSS 25.0 paket programı ile yapıldı. Tanımlayıcı verilerden kategorik değişkenler sayı ve yüzde ile, sürekli veriler ise ortalama, standart sapma, ortanca, minimum, maksimum değerleri ile sunuldu. Gruplar arası karşılaştırmalarda veriler normal dağılıma uymadığından Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis Testi kullanıldı. İki sürekli değişken arası karşılaştırmada Spearman korelasyon testi kullanıldı. İstatistiksel olarak $p<0.05$ olduğu durumlar anlamlı olarak kabul edildi. Halka açık olarak kullanılan internet verileri incelendiği için etik kurul onayı gerekmemektedir. Videoların tek bir sosyal medya platformu kullanılarak incelenmesi çalışmanın sınırlılığı olabilir.

Bulgular

Değerlendirmeye alınan 107 videonun DISCERN ve GKÖ puan ortalamaları sırasıyla 2,77±1,47 ve 3,71±1,05'tir. Videoların ortalama görüntülenme sayısı 239499,23 ± 355794,09, ortalama beğeni sayısı 4555,51 ± 6507,11, ortalama yorum sayısı 303,16 ± 380,43'tür. Videoların ortalama süresi 569,75 ± 222,03 saniyedir. Yapılan korelasyon analizine göre DISCERN ölçek puanı ile GKÖ puanı arasında pozitif yönlü orta derecede korelasyon bulundu (r:0,545 p <0,001). Videolar paylaşım kaynağına göre hekim (n=65), hasta/bağımsız/diğer (n=32) ve TV kanalı (n=10) olarak sınıflandırıldı. DISCERN ve GKÖ puanları ile kaynaklar arasındaki ilişki incelendiğinde, her iki ölçekte de anlamlı fark saptandı (p=0,034; p=0,002). DISCERN farkı hekim grubuyla TV kanalı ve hasta/bağımsız/diğer gruplar, GKÖ farkı ise hekim ile hasta/bağımsız/diğer gruplar arasındadır. Hekim videoları daha yüksek puanlara sahiptir (DISCERN: 3,06±1,31; GKÖ: 4,02±0,86).

Sonuç ve Öneriler

YouTube'un sağlık içerikleri hakkında önemli bir bilgi kaynağı olarak kullanıldığı bilinmektedir. Bu çalışmada video kaynağının niteliğinin içeriğin kalitesini ve güvenilirliğini belirleyici olabileceği ortaya konmuştur. Kullanıcıların, içeriklerin kalitesi ve güvenilirliği konusunda dikkatli olması gerekmektedir. Hekimlerin sağlık ile ilgili konularda daha fazla içerik üretmesi ve kullanıcıların hekim kaynaklı içeriklere yönlendirilmesi daha doğru bilgiye ulaşılmasına yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Gıda takviyeleri, video analizi, youtube

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S152]
BİRİNCİ BASAMAKTA BESLENME DANIŞMANLIĞI HİZMETLERİNİN DEĞİŞİMİ: 2024–2025 KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ

Kezban Yavuz Emik
T.C. Sağlık Bakanlığı, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüğü

Giriş-Amaç

Kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetiminde sağlıklı beslenme ile fiziksel aktivite danışmanlığı, birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel bileşenidir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM) kapsamında, Halk Sağlığı Yönetim Sistemi (HSYS) Beslenme ve Fiziksel Aktivite Modülü aracılığıyla bireylere yönelik danışmanlık hizmetleri izlenmektedir. Bu çalışma, 2024 ve 2025 yıllarının ilk dokuz ayında yürütülen beslenme danışmanlığı hizmetlerindeki değişimleri değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem

Veriler, HSYS Beslenme ve Fiziksel Aktivite Modülü' nden elde edilmiş olup Ocak–Eylül 2024 ve Ocak–Eylül 2025 dönemlerini kapsamaktadır. Analizde ilk ziyaret nedenleri, danışmanlık verilen kronik hastalıklar ve beden kitle indeksi (BKİ) dağılımları (zayıf, normal, fazla kilolu, obez) karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler kullanılarak yıllar arası farklar mutlak sayı ve yüzde değişimleriyle ifade edilmiştir.

Bulgular

Beslenme danışmanlığı birimine 2024 yılı ilk 9 ayında toplam 4.749 ziyaret yapılırken, 2025'te bu sayı 4.891'e yükselmiştir (%3,0 artış). İlk ziyaret sayısı % 4,5 artarak 2024 yılında 1.160, 2025 yılında 1.212 olarak kaydedilmiştir. İlk kez ziyaret eden diyabetli birey sayısı %5 (162 → 154); gebe sayısı %50 (16 → 8) azalmıştır. İlk kez ziyaret eden Suriyeli birey sayısı ise 13 kişiden 1 kişiye düşmüştür. Danışmanlık hizmeti alan kişilerin kronik hastalık dağılımına bakıldığında; hipertansiyon hasta sayısı %22,6 artarak 155 kişiden 190 kişiye çıkmıştır. Tiroid fonksiyon bozukluğu olguları %20,7 artışla 135 kişiden 163 kişiye yükselmiştir. Astım olgularında %10 düşüşle 80 kişiden 72 kişi, Diyabetli hasta sayısı %4,9 oranla 162 kişiden 154 kişiye düşmüştür. Toplam BKİ ölçümü yapılan kişi sayısı 2024 yılında 3.435 iken 2025 yılında 3.704'tür (%7,8 artış). "Fazla kilolu" oranı 1.254 kişiden 1.352 kişiye (%7,8 artış) yükselmiştir. "Obez" birey sayısı 3.130 kişiden 3.093 kişiye düşerek (%1,2) hafif azalmıştır. "Normal kilolu" birey oranı ise 226 kişiden 287 kişiye (%27 artış) çıkmıştır.

Sonuç ve Öneriler

2024–2025 (Ocak–Eylül) dönemi verileri, birinci basamakta yürütülen beslenme danışmanlığı hizmetlerinin hem kapsam hem de hedef gruplar açısından değişim gösterdiğini ortaya koymaktadır. Toplam ziyaret ve BKİ ölçüm sayılarındaki artış, hizmete erişimin ve izlem sürecinin güçlendiğini düşündürmektedir. Normal kilolu birey oranının belirgin şekilde artması ve obezite oranında hafif bir gerileme olması, toplum düzeyinde olumlu bir eğilim olduğunu göstermektedir. Buna karşın, fazla kilololuluk oranındaki yükseliş, kilo yönetiminde sürdürülebilir davranış değişikliğinin henüz tam olarak sağlanamadığını göstermektedir. Gebe ve göçmen bireylerin danışmanlık hizmetlerinden yararlanma oranlarının düşmesi ise, kırılgan gruplara yönelik hizmetlerin yeniden değerlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Genel olarak bu bulgular, SHM' lerin beslenme ve fiziksel aktivite danışmanlığı yoluyla toplum sağlığının geliştirilmesinde etkin bir rol oynadığını, ancak özellikle risk gruplarına (fazla kilolu, kronik hastalıklı, göçmen, gebe vb.) yönelik hedefli müdahalelerin ve dijital izlem sistemlerinin yaygınlaştırılmasının önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlıklı Hayat Merkezi, beslenme danışmanlığı, fiziksel aktivite, obezite, birinci basamak

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S153]
BİR TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE İMPOSTER FENOMENİ: SIKLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

***Çağdaş Sertkaya*[1], İnci Arıkan[1], Şeyda Ferah Arslan[2], Fatmanur Özdemir[1]**
[1]*Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[2]*Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı*

Giriş-Amaç

Artan iş yükü, hastalarla iletişim ve hukuki sorumluluklar gibi sebeplerle tıp öğrencilerinde temel eğitimden kliniğe geçişte kaygılar olabilmektedir. Bu kaygılardan biri olan imposter sendromu ya da fenomeni; üst düzey mesleki performans gösterilmesine rağmen başarısız olma ve yetersiz olarak görülme korkusu olarak tanımlanabilir. Imposter fenomeninde, başarılı ve yetenekli bireyler başarılarını içselleştiremeyerek bu başarıları şansa ve doğru zamanlamaya bağlarlar. Başarılarını dışsal birtakım değişikliklerle açıklarlar ve bu gerçek dışı durumun açığa çıkacağına yönelik derin bir korku yaşarlar. Imposter fenomeni, tıp eğitiminin her kademesindeki bireyi, olumsuz duygular ve öz şüpheye dair çeşitli etkenler ile eğitim ve mesleki hayatlarında olumsuz etkilemektedir. Bu çalışmada bir tıp fakültesi öğrencilerinde imposter fenomeni sıklığının ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Çalışma Eylül-Ekim 2025 tarihleri arasında yürütülen kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışmanın evrenini bir tıp fakültesinde (temel-preklinik-klinik dönemleri temsilen) 1, 3 ve 6. sınıflarda eğitim gören 492 öğrenci oluşturdu. Evrenin tamamına ulaşılması hedeflenildiği için örneklem hesabı yapılmadı. Çalışmaya 387 kişi katılım gösterdi. Çalışma sırasında 37 sorudan oluşan anket formu Google Forms linki aracılığıyla uygulandı. Anket formunun ilk bölümünde sosyodemografik özellikler sorgulanırken ikinci bölümde Clance Imposter Fenomeni Ölçeği (CIPS) soruları yer aldı. CIPS, 1985 yılında Clance tarafından geliştirilmiş olup 2022 yılında Şahin ve Gülşen tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,89 bulunmuştur. Beşli likert tipte (1-hiçbir zaman 5-her zaman) ve 17 maddeden oluşan CIPS'ten 17-85 arası puan alınabilmektedir. Ölçekte ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Ölçek puanı 40 ve altında ise katılımcının nadiren; 41-60 arasında orta; 61-80 arasında sık ve 80'den fazla ise yoğun imposter fenomeni deneyimi yaşadığı kabul edilmektedir. Çalışmanın etik kurul izni alınmıştır. Çalışmanın bağımsız değişkenleri cinsiyet, sınıf, anne ve baba eğitim düzeyi ve sağlık algısı iken bağımlı değişkeni CIPS ölçek puanı olarak belirlendi.

Bulgular

Çalışmaya yaş ortalaması 21 olmak üzere (min:17 max:35) 387 öğrenci katıldı. Katılımcıların %57'si kadın, %42'si dönem 1 öğrencisi iken, %51'i gelirinin giderine eşit olduğunu, %53'ü sağlığının orta düzeyde olduğunu, %78'i düzenli spor yapmadığını, %61'i okul başarısının orta düzeyde olduğunu, %87'si tıp fakültesini isteyerek seçmediğini ve %28'i klinik stajlara geçişte kendisini en çok korkutan durumun "ne yapacağını bilememe duygusu ve endişe" olduğunu belirtti. Katılımcıların ortalama CIPS puanı 45,0±13,5 (min:17 max:84) olup, %48,3'nün orta düzeyde, %12,1'nin sık-yoğun düzeyde imposter fenomeni etkisinde oldukları saptandı. Dönem 3 öğrencilerinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da CIPS puanı diğer sınıflara göre daha yüksekti (p: 0,670). Kadınlarda, anne eğitim düzeyi lisans ve üstünde olanlarda, kendi sağlığını kötü olarak değerlendirenlerde, dış görünüşünü beğenmeyenlerde, düzenli spor yapmayanlarda, okul başarısını kötü olarak değerlendirenlerde, tıp fakültesini isteyerek seçmeyenlerde, aile ve yakınlarının isteğiyle tıp fakültesini seçenlerde, tıp eğitimi sürecinde başarısızlık ve beklentiyi karşılama korkusu olan öğrencilerde CIPS puanı daha yüksek bulundu (her bir değişken için p:<0,05).

Sonuç ve Öneriler

Çalışma grubumuzun yarısından fazlasında imposter fenomeni etkisi orta ve sık düzeyde bulundu. Özellikle sağlığını ve okul başarısını kötü olarak değerlendirenlerin, dış görünüşünü beğenmeyenlerin, tıp fakültesini istemeden seçenlerin, başarısızlık ve beklentiyi karşılama korkusu olanların imposter fenomeninden daha çok etkilendikleri görüldü. Bu sonuç, tıp öğrencilerinde özgüven ve mesleki aidiyetin güçlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Eğitim sürecinde mentorluk sistemlerinin ve öz farkındalığı artırıcı etkinliklerin yaygınlaştırılması, öğrencilerin akademik başarılarını olumlu yönde etkilerken, fakültelerin, öğrencilerin içsel motivasyonlarını destekleyen, açık iletişim ve destek odaklı bir öğrenme ortamı sağlamaları imposter fenomeninin etkilerini azaltmada önemli bir rol oynayabilir. Çalışmanın kısıtlılıkları şunlardır; sonuçlar tüm tıp öğrencilerine genellenemez, yanıtlar beyan temelli olduğu için unutma ve yanılma içerebilir ve kesitsel çalışma olduğu için neden-sonuç ilişkisi kurulamamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Imposter fenomeni, ilişkili faktörler, tıp eğitimi, tıp öğrencileri

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S154]
GELECEĞİN SAĞLIK İŞ GÜCÜNDE AŞI KARARSIZLIĞININ ANLAŞILMASI: ÜNİVERSİTE TABANLI KESİTSEL BİR ÇALIŞMA

Bilgehan Açıkgöz, Ayşegül Ekemen, Meltem Cemre Meydan, Ferruh Niyazi Ayoğlu
Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Aşı, küresel sağlık güvenliği ve birincil sağlık bakımının önemli bir unsuru olarak temel bir insan hakkıdır. Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, salgınların kontrolü ve antimikrobiyal dirençle mücadelede, küresel halk sağlığı açısından kritik öneme sahip olup her yıl 3,5 ila 5 milyon ölümü engellemektedir. Aşı yaptırmaya karşı isteksizlik aşı tereddüdü, tüm aşıları reddetme aşı reddi olarak tanımlanmıştır ve DSÖ'nün 2019'da yayınladığı 'Küresel Sağlığa Yönelik 10 Tehdit' yazısındaki unsurlardan biridir. Bu durum, aşıyla önlenebilir hastalıklardaki kazanımları tehdit etmektedir. Bu çalışma, toplumda artan aşı tereddüdü karşısında kritik bir konumda bulunan sağlık profesyoneli adaylarına odaklanmaktadır. Aşı tereddüdü düzeyleri ve bu durumun sağlık eğitimi programlarına yansımasını değerlendirmeyi amaçlayan çalışma, bireysel tutumların ötesinde, gelecekteki sağlık eğitimi politikalarının yapılandırılmasına katkı sunabilecek veriler üretmektedir.

Gereç-Yöntem

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi (ZBEÜ) Tıp, Diş Hekimliği ve Eczacılık fakültesinde öğrenim gören 1434 öğrenciyle, Kasım–Aralık 2024'te yürütülen kesitsel bir çalışmadır. Anketin ilk bölümünde sosyodemografik veriler, ikinci bölümünde Kılınçarslan ve ark.'nın Türkçe Aşı Karşıtlığı Ölçeği (AKÖ) yer almıştır. Puan arttıkça aşı karşıtlığı düzeyi yükselmektedir. Veriler SPSS 21 programında, %95 güven aralığında analiz edilmiştir. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde ile; grup karşılaştırmaları Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis ve Spearman korelasyon testleriyle değerlendirilmiştir. ZBEÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan izin alınmıştır (04.12.2024-2024/21).

Bulgular

1434 katılımcının %61,6'sı (n=884) Tıp, %21,2'si (n=304) Diş Hekimliği ve %17,0'ı (n=246) Eczacılık Fakültesi öğrencisidir. %64,1'i (n=919) kadın, yaş ortalaması 22,11 ± 2,1'dır (min=18,maks=36). Katılımcıların annelerinin %32,2'si (n=462) lise mezunu, babalarının %41,8'i (n=600) üniversite mezunudur, %57,3'ü (n=821) il merkezinde yaşamıştır. Katılımcıların en sık yaptırdığı yetişkin aşısı COVID-19'dur (%81,9) ve %94,7'si (n=1358) gelecekte çocuklarını aşılatmayı planlamaktadır. Katılımcıların Aşı Karşıtlığı Ölçeği (AKÖ) ortalama puanı 42,64±14,10 (min:21, max:105) ve %6,9'u (n=99) ortalamaya göre yüksek puan almıştır. AKÖ puanları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir, erkeklerin puanları anlamlı biçimde daha yüksektir ($p < 0,001$). Eğitim yılı ile AKÖ puanları arasında anlamlı orta düzeyde negatif ilişki saptanmıştır ($r=-0,342$; $p<0,001$); buna göre eğitim yılı arttıkça aşı karşıtlığı puanı düşmektedir. Tıp Fakültesi öğrencilerinin AKÖ puanları diğer öğrencilere kıyasla anlamlı düzeyde daha düşüktür (her biri için $p<0,001$). Anne ve baba eğitimi üniversite olanların AKÖ puanları anlamlı biçimde daha düşüktür (her biri için $p<0,001$). Yaşamlarının büyük bölümünde köyde yaşayanların AKÖ puanları, il ve ilçe merkezinde yaşayanlara göre anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Katılımcıların %40,7'sinin aşıların otizme yol açabileceğine inandığı, %33,8'inin aşıların zararlı maddeler içerdiğini düşündüğü, %49,8'inin aşıları firmalar için bir kazanç aracı olarak değerlendirdiği, %8'inin bulaşıcı hastalıkların artık nadir görülmesi nedeniyle aşılara gerek olmadığını belirttiği ve %6,4'ünün dini nedenlerle aşıya karşı çıktığı gruplarda, aşı karşıtlığı puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (tüm karşılaştırmalar için $p<0,001$).

Sonuç ve Öneriler

Aşı karşıtlığı, bireysel tutumların ötesine geçerek kültürel, yapısal ve bilgi temelli dinamiklerle şekillenen

çok boyutlu bir halk sağlığı sorunudur. Bu çalışmada, sağlık alanında eğitim gören bireyler arasında dahi aşı karşıtlığına dair anlamlı düzeyde eğilimlerin varlığı tespit edilmiştir. Özellikle erkek cinsiyet, düşük sosyoekonomik arka plan, kırsal yaşam öyküsü ve sağlık eğitimi düzeyinin düşüklüğü gibi değişkenler daha yüksek aşı karşıtlığı puanları ile ilişkilendirilmiştir. Bu bulgular, sağlık profesyoneli adaylarının yalnızca bilgiyle değil; aynı zamanda eleştirel düşünme, risk iletişimi ve toplumsal güven oluşturma becerileriyle donatılması gerektiğini göstermektedir. Aşı tereddüdüyle etkili mücadele için sağlık eğitim müfredatlarında aşılama eğitimi, hasta merkezli iletişim, bilgi okuryazarlığı ve toplum temelli yaklaşım bileşenlerine öncelik verilmelidir. Bu yaklaşım, yalnızca bireysel farkındalığı değil, gelecekteki sağlık iş gücünün toplumla kuracağı ilişkinin güvene dayalı niteliğini de artıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Aşı kararsızlığı, aşı karşıtlığı, sağlık eğitimi, sağlık iletişimi

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S155]
SAĞLIK EĞİTİMİNDE YENİ BİR ARAÇ OLARAK PODCAST: "ROTAMIZ SAĞLIK" ÖRNEĞİ

***Göknil Çavuş Konak*, Raika Durusoy**
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Günümüzde bilgiye erişimin kolaylaşmasıyla birlikte yanlış, eksik veya yanıltıcı sağlık içeriklerinin yaygınlaşması, Dünya Sağlık Örgütü tarafından "infodemi" olarak tanımlanan yeni bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Bu durum, bilimsel dayanağı olan sağlık bilgisinin toplumda güvenilir kaynaklar aracılığıyla yaygınlaştırılmasını ve dijital ortamlarda görünürlüğünün arttırılmasını zorunlu kılmaktadır. Rotamız Sağlık, Ege Üniversitesi bünyesinde hizmet veren üniversite radyosu olan Radyo Ege Kampüs'te haftalık olarak yayın yapan ve koruyucu sağlık konularına dair içerikler sunan bir radyo programıdır. Program kayıtları podcast platformlarında da paylaşılmaktadır. Bu çalışma, halk sağlığı konularını ve koruyucu sağlık bakış açısını toplumla buluşturmayı amaçlayan Rotamız Sağlık adlı podcast programının dinleyici profili, erişim düzeyi ve içerik etkileşimini incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Gereç-Yöntem

Rotamız Sağlık adlı radyo programı, ilk bölümünü 18 Mart 2024 tarihinde yayınlamış ve 13 Ekim 2025 itibarıyla 49. bölümünü yayınlayarak geniş bir program arşivine ulaşmıştır. Kayıtların kalıcılığını arttırmak amacıyla 23 Temmuz 2024 tarihinden itibaren tüm bölüm kayıtları sırasıyla podcast platformlarına yüklenmeye başlamıştır ve şu anda senkron şekilde ilerlemektedir. Veriler Spotify'ın yapımcı arayüzü olan Creators for Spotify üzerinden elde edilmiştir. Bu sistem, 60 saniye ve üzeri dinlemeleri "çalma" olarak kaydeder; dinleyici etkileşimlerini yaş, ülke ve platform bazında anonim olarak analiz eder. Temmuz 2024–Ekim 2025 tarihleri arasında yayınlanan 49 bölümün tamamı değerlendirilmiştir. Bölümlerin süresi ortalama 21 dakika uzunluğundadır. Çalışmada toplam dinlenme sayısı, dinleyici kitlesi, yaş ve ülke dağılımı, erişim kaynakları, bölüm bazlı performans ve içerik temaları analiz edilmiştir. Analizlerin geneli tüm dinleme platformlarına dair verileri içerirken, dinleyici kitlesinin yaş ve cinsiyet dağılımları, toplam takipçi sayısı ile son 7 günde dinleyici sayısı ve süresi değişkenleri yalnızca Spotify platformundaki verileri içermektedir. Hem radyo yayını hem de podcast yayını kamu yararı gözetilerek uygulanmakta olup bu program üzerinden bir gelir elde etme veya çıkar çatışması söz konusu değildir.

Bulgular

Veriler 20 Ekim 2025 tarihindeki analizleri yansıtmaktadır. Toplam 2.167 dinleme kaydedilmiştir. Son 7 günde aktif dinleyici sayısı 58 ve toplam dinleme süresi 20 saat olup Spotify üzerinde toplam 235 takipçi bulunmaktadır. 19 Eylül– 18 Ekim 2025 döneminde toplam 453 kişiye erişilmiş, bunların %23,2'si (n=105) ilgi göstermiş ve ilgi gösteren kitlenin %55'i (n=58) içeriği tüketmiştir. Kişi başına ortalama dinleme süresi 0,6 saattir ve dinleyenlerin %29,3'ü programı takip etmiştir. Dinleyicilerin %70,8'i Spotify, %19,2'si Apple Podcasts, %3,9'u web tarayıcısı, %2,8'i CastBox, %2,3'ü Podcast Guru ve %1'i diğer kanallar üzerinden üzerinden podcasti dinlemiştir. Dinleyicilerin cinsiyetlerine göre dağılımına bakıldığında %67,9'unun kadın, %30'unun erkek, %0,3'ünün diğer olduğu görülmüştür ve %1,9 oranında dinleyici cinsiyet belirtmemiştir. Yaş dağılımı incelendiğinde 23–27 yaş (%30,4) ve 28–34 yaş (%30,2) grupları öne çıkmıştır. Coğrafi dağılımda Türkiye %84,4 ile ilk sıradayken, dinleyicilerin %15,6'sı yurt dışındandır (Almanya %4,9, ABD %4,5, Norveç %1,8). Toplam 34 farklı ülkeden dinlenme kaydedilmiştir. Ülkemizde VPN kullanımının yaygın olmasının bu çeşitliliği arttırmış olabileceği düşünülmektedir. En çok dinlenen bölümler sırasıyla Akdeniz Diyeti (127 dinleme), Kumar Bağımlılığı (124), Sürdürülebilir Beslenme (95), İş Yaşamı ve Psikolojik Dayanıklılık (89) ve Yaşam Tarzı Tıbbı (73) olmuştur. Dinlenme sayılarında bölümlerin yayın tarihleri (daha eski yayınlarda daha çok dinlenme olabilmesi) ve konuk

konuşmacıların sosyal medya etkileşimleriyle bölümü paylaşmaları belirgin bir etki göstermiş olabilir. İçerikler tematik olarak beslenme, yaşam tarzı, bağımlılık, ruh sağlığı ve kronik hastalıkların önlenmesi başlıkları altında yoğunlaşmış olup halk sağlığının ve koruyucu sağlığın ilgilendiği pek çok alana değinmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Podcast tabanlı sağlık iletişimi ve eğitimi, düşük maliyetli olması ve geniş erişim olanakları sayesinde halk sağlığı eğitiminde etkili bir araçtır. Rotamız Sağlık deneyimi, dijital platformların dinleyici analizleri aracılığıyla toplumun sağlık temalarına ilgisini nesnel olarak ölçme olanağı sunmakta ve gelecekteki dijital sağlık okuryazarlığı projeleri için model niteliği taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Dijital sağlık okuryazarlığı, podcast, sağlık eğitimi, sağlık iletişimi, sağlık okuryazarlığı

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S156]
MANİSA'DA KENTSEL BİR BÖLGEDE 18-64 YAŞ ERİŞKİNLERDE DERİ KANSERİ VE GÜNEŞTEN KORUNMA BİLGİ DÜZEYİ

***Mithat Temizer**, İlknur Oruç Özdemir, Şevkiye Özgün, Hande Sena Çiftçi, Hülya Ahsen Uğur, Özlem Kendirci, Kübra Nur Şekerci, Faize Buket Süer, Özge Özcan, Ekin Deniz Karadaş*
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Güneş tüm canlılar için vazgeçilmez yaşam kaynaklarından biridir. Güneş ışınlarının osteoblastik eylemler için gerekli D vitamini sentezlemek, derideki melanin yapımını uyarmak, görmede rol almak gibi birçok yararlı etkisinin yanında güneş yanığı, bronzlaşma, pigmentasyon, katarakt ve deri kanseri gibi olumsuz etkileri bulunmaktadır. Bu etkileri minimuma indirmek için hem fiziksel korunma yöntemleri ile hem de güneşten koruyucuları etkili bir şekilde kullanarak güneşten korunmak gerekmektedir. Bu çalışmanın amacı Manisa ilinde seçilen kentsel ve yarı kentsel bölgelerde 18-64 yaş arası bireylerin güneşin zararlı etkileri ve korunma yolları ile ilgili bilgi ve davranışlarını saptamaktır.

Gereç-Yöntem

Yürütülen kesitsel tipteki bu araştırmanın evrenini iki mahalledeki 18-64 yaş aralığında 11581 erişkin oluşturmaktadır. Örnek büyüklüğü; %95 güven düzeyinde, % 73 güneş koruyucu krem kullanma prevelansı, %5 sapma ile 296 kişi olarak hesaplanmıştır. Veriler küme örneklem yöntemiyle toplanmıştır. Katılım oranı %73,34'tür. Araştırmamızın bağımlı değişkenleri güneşten korunma bilgi düzeyi ve davranışıdır. Deri Kanseri ve Güneş Bilgi Ölçeği güneşten korunma, bronzlaşma, deri kanseri risk faktörleri, deri kanserinin önlenmesi ve deri kanserinin belirtileri olmak üzere 5 alan ile ilgili bilgileri değerlendirmektedir. Ölçekten alınabilen toplam puan 0-25 arasında değişmektedir. Güneşten korunma davranış ölçeği 8 madde ve 3 alt boyuttan oluşmuştur (Güneşten kaçınma, güneş koruyucu ürün kullanma ve şapka takma alt boyutu). Ölçekten alınabilen toplam puan 0-40 arasında değişmektedir Her iki ölçekten alınan puan arttıkça güneşten korunma bilgi düzeyi ve davranışı artmaktadır. Araştırmamızın bağımsız değişkenleri sosyodemografik özellikler, kronik hastalık durumu, alışkanlıklar, cilt rengi, cilt tipi, güneş yanığı geçirme ve ailede deri kanseri öyküsü varlığı gibi deri kanseri risk faktörleri, güneşin zararlı etkilerinden korunma konusundaki bilgi kaynağı, güneş gözlüğü ve güneş kremi kullanımı, güneşten kaçınma davranışı ile ilgili sorulardır. Veri analizi SPSS 23.0 istatistik programıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, Ort ± SD, ortanca (min-max) ile değerlendirilmiştir. Tek değişkenli sürekli verilerde Student's T Testi, (nonparametrik verilerde Mann Whitney U) ikiden çok sayıda grup analizi için tek yönlü varyans analizi (ANOVA), (nonparametrik verilerde Kruskal Wallis); çok değişkenli analizde bağımlı değişkenler medyandan bölünerek ikiye kategorize edilmiştir ve lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Tüm istatistik analizlerde Tip 1 hata değeri $p<0.05$ olanlar anlamlı kabul edilmiştir. MCBÜ Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan ve anket uygulanan kişilerden onay alınmıştır.

Bulgular

Araştırma grubunun yaş ortalaması 38,60±13,42, %58,7'si kadındır, %25,3'ü lise, %55,0'ı yüksekokul/üniversite eğitim düzeyine sahip ve %61,3'ü evlidir. Araştırma grubunun %0,7'sinin kendisinde, %5,0'ının ailesinde tanı almış deri kanseri bulunmaktadır ve %60,0'ı güneş kremi, %70,7'si güneş gözlüğü kullanmaktadır. Araştırma grubunun Deri Kanseri ve Güneş Bilgi Ölçeği'nden aldığı puan 13,98±3,83, Güneşten Korunma Davranış Ölçeği'nden aldığı puan 24.08±6.56 bulunmuştur. Her bir yaş artımında 1,02 kat, eğitim düzeyi lise ve altı olanlar yüksekokul/üniversite olanlara göre 3,64 kat, cilt rengi esmer olanlar çok açık beyaz, beyaz olanlara göre 2,49 kat, güneşin en dik olduğu saatlerde dışarı çıkmaktan kaçınmayanlar kaçınanlara göre 2,55 kat, güneş kremi kullanmayanlar kullananlara göre 2,36 kat yetersiz güneş bilgi düzeyi açısından riskli bulunmuştur. Her bir yaş artımında 1,02 kat, erkekler kadınlara göre 2,58 kat, eğitim düzeyi lise ve altı olanlar yüksekokul/

üniversite olanlara göre 3,38 kat, güneşten korunmanın orta derecede önemli olduğunu düşünenler önemli olduğunu düşünenlere göre 3,63 kat; önemsiz olduğunu düşünenler önemli plduğunu düşünenlere göre 9,45 kat yetersiz güneşten korunma davranışı açısından riskli bulunmuştur.

Sonuç ve Öneriler

Araştırmagrubununbilgidüzeyipuanortalaması13,98±3,83;davranışpuanortalaması24,08±6,56bulunmuştur. Yüksek eğitim düzeyine sahip olmak ve genç yaşta olmak hem bilgi düzeyini hem de davranışı arttırmaktadır. 1. Basamak dahil olmak üzere tüm sağlık kuruluşlarında eğitim düzeyi düşük, ileri yaşta olan, erkekler ve güneş kremi kullanmayan kişiler başta olmak üzere; güneşin zararlı etkileri ve bu etkilerden korunmak için neler yapılabileceği konularında bilgilendirici eğitimler yapılarak ya da bu bilgiler kamu spotu, sosyal medya gibi platformlar aracılığıyla kişilere ulaştırılarak halkın bilgi düzeyi arttırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Deri kanseri, güneşten korunma, güneş kremi

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S157]
KUŞAKLARA GÖRE ULTRA İŞLENMİŞ GIDA TÜKETİMİ, GIDA OKURYAZARLIĞI VE KANSERLE İLİŞKİLİ YAŞAM TARZI

***Neslihan Öner*[1], *Hasan Durmuş*[2], *Arda Borlu*[2]**
[1]*Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü*
[2]*Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

Giriş-Amaç

Kanser insidansının azaltılmasında değiştirilebilir risk faktörleri arasında beslenme ve yaşam tarzı öne çıkmaktadır. Bu çalışmanın amacı, X, Y ve Z kuşakları arasındaki ultra işlenmiş gıda (UİG) tüketimi, gıda okuryazarlığı düzeyi ve kanserle ilişkili yaşam tarzı faktörleri arasındaki farklılıkları ve ilişkileri belirlemektir.

Gereç-Yöntem

Bu kesitsel çalışma, belirli bir zaman diliminde mevcut durumun ortaya konması amacıyla planlanarak Ocak–Mart 2024 tarihleri arasında yürütülmüştür. Örneklem büyüklüğü, 687 katılımcıyı hedefleyen Epi-Info programı kullanılarak hesaplanmıştır. Ultra işlenmiş gıda tüketiminin sıklığı %18,2, hata payı %5, güven aralığı %98 ve tasarım etkisi 3 olarak alınmış; bu doğrultuda her kuşaktan eşit sayıda katılımcının (yaklaşık 229 kişi) dahil edilmesi planlanmıştır. Çalışmaya X (n=231), Y (n=236) ve Z (n=223) kuşaklarından toplam 690 yetişkin katılmıştır. Katılımcılar sosyal medya platformları (Facebook, Instagram ve X) aracılığıyla duyurular yapılarak ulaşılan gönüllüler arasından seçilmiştir. Katılmayı kabul eden gönüllülerle iletişime geçilmiş ve yüz yüze görüşmeler için randevular alınmıştır. Çalışmaya 711 kişi davet edilmiş, 21 kişi katılmayı reddetmiş ve nihai örneklem 690 bireyden oluşmuştur. Yabancı uyruklular ve mevcut kanser tanısı olan bireyler dışlanmıştır. Çalışma, Erciyes Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Tarih: 30/01/2024, Onay No: 2024/01). Katılımcılar çalışma hakkında detaylı olarak bilgilendirilmiş ve yazılı onamları alınmıştır. Veri toplama araçları olarak; Çok İşlenmiş Besin Tüketimi Kısa Tarama Anketi (sQ HPF), Kısa Gıda Okuryazarlığı Anketi (SFLQ) ve Kanserle İlişkili Yaşam Tarzı Anketi (LQ RC) kullanılmıştır. Kuşaklar arası karşılaştırmalarda Kruskal–Wallis ve Ki-kare testleri, korelasyon analizlerinde ise Spearman testi uygulanmış; $p<0,05$ anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması 35,5 ± 13,3 olup %59,6'sı kadındır. Z kuşağında lise üzeri eğitim oranı (%78,0) X kuşağına (%23,0) göre daha yüksektir. Kronik hastalık varlığı ise X kuşağında (%36,4) daha sık görülmüştür. Medyan sQ HPF skorları X kuşağında 5 (0–11), Y kuşağında 6 (0–11), Z kuşağında 7 (0–11) olarak bulundu ($p<=0,001$). Yüksek UİG tüketimi Z kuşağının %73,1'inde gözlendi ($p<=0,001$). SFLQ ve LQ RC skorları arasında tüm katılımcılarda pozitif korelasyon saptandı ($p<0,001$). X ve Z kuşaklarında sQ HPF ile LQ RC skorları arasında anlamlı negatif ilişki tespit edildi ($p<0,001$).

Sonuç ve Öneriler

Gıda okuryazarlığının artması daha sağlıklı yaşam tarzıyla, UİG tüketiminin artması ise kanserle ilişkili olumsuz yaşam tarzıyla ilişkilidir. Z kuşağında yüksek okuryazarlığa karşın UİG tüketiminin fazla olması, davranışsal müdahaleler ihtiyacını göstermektedir. Sağlık otoriteleri, gençlerde UİG reklam ve erişimini sınırlayıcı politikalar geliştirmelidir. Bu çalışmanın kesitsel tasarımı neden-sonuç ilişkisi kurmaya izin vermemektedir. Katılımcıların sosyal medya üzerinden gönüllülük esasına göre seçilmesi ve öz-bildirime dayalı veriler olası yanlılık riskini taşımaktadır. Ayrıca kullanılan gıda okuryazarlığı ölçeği ultra işlenmiş gıdalara yönelik farkındalığı tam yansıtmayabilir.

Anahtar Kelimeler: Gıda okuryazarlığı, kanser, kuşaklar, ultra işlenmiş gıda, yaşam tarzı

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S158]
SAĞLIKLI GENÇ YETİŞKİNLERDE DİYETİN FİTOKİMYASAL İÇERİĞİ İLE DİYABET RİSKİ VE KARDİYOMETABOLİK RİSK ARASINDA İLİŞKİ VAR MI?

Yağmur Yaşar Fırat, Neslihan Öner
Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü

Giriş-Amaç

Fitokimyasallar, bitkiler ve mantarlar tarafından üretilen, büyüme ve gelişimi doğrudan düzenlemeyen ikincil metabolitlerdir. Meyve, sebze, tahıl, baklagil, soya ve çay gibi bitkisel kaynaklı besinlerde bulunurlar ve antioksidan ile anti-inflamatuar özellikleri sayesinde diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve bazı kanserlerle ters ilişki göstermektedirler. Tip 2 diyabet prevalansı dünya çapında hızla artmakta ve yaklaşık 143 milyon insanı etkilemektedir. Diyabet için önemli bir risk faktörü olan obezite, insülin direnci ve metabolik bozukluklarla ilişkilidir. Fitokimyasalların insülin duyarlılığını artırma, oksidatif stresi azaltma ve glukoz metabolizmasını düzenleme gibi etkileri vardır. Ayrıca trombosit agregasyonunu önleyerek kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde rol oynayabilirler. Bu çalışma, üniversite öğrencilerinin diyetlerindeki fitokimyasal içeriğin diyabet risk skorları (FINDRISK) ve kardiyometabolik risk göstergeleri ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem

Kesitsel ve tanımlayıcı özellikteki araştırma, 03 Mart–30 Mayıs 2025 tarihleri arasında Erciyes Üniversitesi öğrencileri ile yürütülmüştür. 2024 yılı verilerine göre üniversitede 38.756 lisans öğrencisi bulunmaktadır. Epi Info™ programı kullanılarak yapılan örneklem hesabında α=0.05, desen etkisi=4 ve %80 güçle gerekli sayı 656 bulunmuş, olası kayıplar düşünülerek 720 öğrenciye ulaşılmıştır. Dahil edilme kriterleri: Erciyes Üniversitesi öğrencisi olmak, Türkçe bilmek ve çalışmaya gönüllü katılmak; dışlama kriterleri ise kronik/akut hastalık varlığı, özel diyet uygulamak ve gebeliktir. Çalışma için etik kurul onayı alınmış, Helsinki Deklarasyonu'na uygun şekilde bilgilendirilmiş onamlar elde edilmiştir. Veriler, beş bölümden oluşan anketle yüz yüze toplanmıştır: (1) sosyo-demografik bilgiler, (2) beslenme davranışları, (3) FINDRISK değerlendirmesi, (4) antropometrik ölçümler ve (5) besin tüketim sıklığı. FINDRISK, yaş, bel çevresi, BKİ, fiziksel aktivite, kan şekeri öyküsü, sebze-meyve tüketimi, ailede diyabet varlığı ve hipertansiyonu kapsayan 8 sorudan oluşmaktadır (0–26 puan). <7 düşük, 7–11 hafif, 12–14 orta, 15–20 yüksek, >=20 çok yüksek risk olarak sınıflandırılmıştır. Boy ve kilo beyana dayalı olup BKİ hesaplanmıştır. Bel çevresi (kadın: 80–88 cm riskli, >88 yüksek risk; erkek: 92–104 cm riskli, >104 yüksek risk) ve boyun çevresi (kadın >34 cm, erkek >37 cm) ölçülmüştür. Diyet Fitokimyasal İndeksi (DFİ), fitokimyasal açısından zengin gıdalardan elde edilen günlük enerji/ toplam enerji ×100 formülü ile hesaplanmıştır. Bu grupta meyve, sebze, baklagil, tam tahıl, kuruyemiş, soya ürünleri, tohumlar ve zeytinyağı yer almıştır. Besin tüketim sıklığı yanıtları belirlenmiş katsayılarla günlük tüketime çevrilmiş, veriler BEBİS programı ile analiz edilmiştir. DFİ puanları çeyrekliklere ayrılarak sınıflandırılmıştır. İstatistiksel analizlerde SPSS 27.0 kullanılmıştır. Normal dağılım Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiş, uygun durumda bağımsız t-testi, uygun olmadığında Mann Whitney-U testi uygulanmıştır. Kategorik değişkenler Ki-kare, korelasyon ilişkileri Pearson testi ile değerlendirilmiştir. p<0.05 anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Katılımcıların %42.4'ü erkek (n=305), %57.6'sı kadındır (n=415). Ortalama yaş 21.85±2.40'dır. Sağlıkla ilgili bölümlerde okuyan kadınların oranı anlamlı olarak daha yüksektir (p<0.001). Cinsiyetler arasında ara öğün, öğün atlama ve sebeplerinde fark bulunmamıştır. Kadınlarda üç öğünden az ana öğün tüketme daha yaygınken (%53.5), erkeklerde üç öğün tüketme oranı daha yüksektir (%49.5, p<0.001). Erkeklerde fazla kilolu (%42) ve obez (%9.8) oranları kadınlara kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksektir (p<0.001). Boyun çevresi yüksek sınıfındaki erkek oranı (%58.4), kadınlardan (%30.6) anlamlı düzeyde fazladır (p<0.001). FINDRISK skorları

cinsiyetler arasında farklılık göstermemiştir. DFİ skoru en düşük çeyrekte (Q1) erkeklerin oranı (%33.8) kadınlardan (%18.6) yüksek, en yüksek çeyrekte (Q4) ise kadınların oranı (%31.1) erkeklerden (%16.4) anlamlı düzeyde yüksektir (p<0.001). Kadınların DFİ medyan skoru (23.48) daha yüksektir (p<0.001). BKİ ile FINDRISK arasında güçlü ilişki bulunmuştur; normal BKİ'ye sahip olanlarda düşük risk oranı (%85.2) daha yüksek, obezlerde ise yüksek risk oranı (%42.6) anlamlı düzeyde yüksektir (p<0.001). BKİ ile DFİ arasında anlamlı ilişki görülmemiştir. Bel çevresi sınıflamalarına göre DFİ farklılığı gözlenmezken, FINDRISK anlamlı bulunmuştur. Normal bel çevresindekilerde düşük risk (%86.5) daha yüksektir, yüksek bel çevresindekilerde yüksek risk (%26.3) daha yüksektir (p<0.001). Boyun çevresi sınıflamasına göre hem DFİ hem FINDRISK anlamlıdır. Normal boyun çevresindekilerde düşük FINDRISK (%81.7) oranı daha yüksek, yüksek boyun çevresindekilerde yüksek risk oranı (%10.5) anlamlı düzeyde daha fazladır (p<0.001). DFİ açısından yüksek boyun çevresindekilerde düşük çeyrek (Q1) oranı (%32.8) anlamlı düzeyde fazladır. Korelasyon analizinde, bel ve boyun çevresi DFİ ile negatif, FINDRISK ile pozitif ilişkili bulunmuştur. Yani fitokimyasal içeriği zengin gıda tüketimi arttıkça bel ve boyun çevresi azalmakta, bu ölçümlerdeki artış ise diyabet riskini yükseltmektedir. Regresyon analizine göre bel çevresindeki her 1 cm artış FINDRISK'te 1.47 puan, boyun çevresindeki her 1 cm artış 0.31 puan artışa yol açmaktadır (p<0.001). DFİ'deki her 1 birimlik artış bel çevresinde 0.11 cm azalmaya katkı sağlamaktadır (p=0.003).

Sonuç ve Öneriler

Çalışmada diyetin fitokimyasal içeriği ile bel ve boyun çevresi arasında anlamlı ilişki bulunmuş, diyabet riski ile doğrudan ilişki olmasa da fitokimyasal açısından zengin besin tüketenlerde düşük risk oranı daha yüksek saptanmıştır. BKİ, bel ve boyun çevresi ile diyabet riski arasında güçlü ilişkiler gözlenmiştir. Sonuç olarak genç bireylerde sebze, meyve, baklagil, tam tahıl ve zeytinyağı gibi fitokimyasal açısından zengin besinlerin düzenli tüketimi, hem kardiyometabolik risk göstergelerinin iyileştirilmesine hem de diyabet riskinin azaltılmasına katkı sunmaktadır. Bu bulgular, genç yaşta kazanılan beslenme alışkanlıklarının yetişkinlikte kronik hastalıklarla ilişkisini azaltabileceğini göstermektedir. Beslenme eğitim programlarının yaygınlaştırılması, farkındalığın artırılması ve risk taramalarının genç yaşta yapılması, obezite, diyabet ve kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde önemli bir strateji olacaktır. Fitokimyasal içeriğin etkilerini değerlendiren daha geniş ölçekli, farklı popülasyonlarda ve uzun süreli epidemiyolojik çalışmalar gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Diyet fitokimyasal indeksi, diyabet riski, kardiyometabolik risk

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S159]
KAYSERİ İL MERKEZİNDE YETİŞKİNLERİN DERİ KANSERİ VE GÜNEŞİN ZARARLI ETKİLERİNDEN KORUNMA YOLLARI KONUSUNDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

***Arda Borlu*[1], *Ebru Tan*[1], *Hasan Durmuş*[1], *Özlem Çelik*[1], *Murat Borlu*[2]**
[1]*Erciyes Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[2]*Erciyes Üniversitesi Dermatoloji Anabilim Dalı*

Giriş-Amaç

Kronik ultraviole radyasyon maruziyeti, en yaygın teşhis edilen kanser grubu olan ve 2022 yılında 1.5 milyondan fazla yeni vaka olduğu tahmin edilen deri kanseri riskini artırmaktadır. Deri kanserlerinin 1990-2017 yılları arasındaki eğilimini değerlendiren çalışmada melanomların prevelans ve engelliliğe göre ayarlanmış yaşam yıllarında(DALY) artış olduğu görülmüştür. Bu çalışma deri kanseri ve güneşin zararlı etkilerinden korunma yolları konusunda yetişkinlerin bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemeyi amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem

Çalışma kesitsel niteliktedir, 01.10.2024-01.11.2024 tarihleri arasında herhangi bir nedenle aile sağlığı merkezlerine(ASM) başvuran 18 yaş ve üzeri bireylerde yapılmıştır. Örneklem büyüklüğü Epi İnfo programıyla hesaplanmıştır, güneşin zararlı etkilerini doğru bilme oranının Balcı ve arkadaşlarının çalışması baz alınarak %30.4, Kayseri nüfusuna göre desen etkisi 3 alınıp %95 güven aralığında yapılan örneklem hesabında 975 kişi bulunmuştur. Veriler Kayseri Valiliği ile Erciyes Üniversitesi arasındaki Sağlık, Eğitim ve Araştırma Bölgesi Oluşturulmasına Dair İşbirliği Protokolü kapsamında Kayseri'de 3 büyük merkez ilçe olan Melikgazi-Kocasinan-Talas'ta bulunan ASM'lerde toplanmıştır. Cinsiyete ve nüfusa göre tabakalı örneklem yöntemi kullanılmış olup Kocasinan'dan 340 kişi, Melikgazi'den 495 kişi ve Talas'tan 140 kişi dahil edilmesi planlanmıştır. Toplam 1230 kişiyle çalışma tamamlanmıştır. Katılımcılardan sözel onam alınmıştır. Veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmış ve yüzyüze doldurulmuştur. Anket formunda katılımcıların sosyodemografik ve deri fenotip özelliklerine ve güneşin zararlı etkileri konusunda bilgi, tutum ve davranışlarına yönelik sorular ile orijinal formu Day ve ark. (2014), Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Öztürk Haney ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan 25 maddeden oluşan Deri Kanseri ve Güneş Bilgi Ölçeği (DKGBÖ) kullanılmıştır. Ölçek puanı 0 ile 25 arasında değişmektedir, puanın yüksek olması yüksek bilgi düzeyini göstermektedir. Bağımsız değişkenler, sosyodemografik özellikler; bağımlı değişkenler, DKGBÖ puanıdır. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Araştırma Etik Kurulundan (No: 2024/117) izin alınmıştır. Nicel verilerin normalliği değerlendirilerek DKGBÖ ortalamalarını karşılaştırmak için ikili gruplarda bağımsız gruplar t test, ikiden fazla gruplarda tek yönlü varyans analizi, fark olan grupların belirlenmesinde Post-Hoc LSD ve Games-Howell testleri kullanılmıştır. $p<0,05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

1230 bireyin %53,7'si kadın, %65,3'ü evli, %35,7'si 45-64 yaş aralığındadır ve yaş ortalaması 38,8±12,74'tür. %56,1'i yüksekokul mezunudur, %48'inin geliri giderine eşittir. %90,1'i bilinen bir deri hastalığı yoktur, %97,5'i daha önce kanser tanısı almamıştır. %9,5'u çok açık ten, bronzlaşmayan ve %20'si açık ten, bronzlaşabilen ten rengine, %23,9'u mavi-yeşil-ela göz renginden birine ve %8,7'si kızıl-sarı saç rengine sahiptir. %19,4'nün deri tipi kolay, şiddetli kızarır, bronzlaşmaz (tip 1) iken, %7,3'ünün vücudundaki tahmini ben sayısı 50 ve üzerindedir. %40,4'ü daha önce güneş yanığı geçirdiğini, %32,9'u vücudunda güneş lekesi/çil olduğunu ve %4,1'i yakın çevresinde cilt kanseri öyküsü olduğunu belirtmiştir. %51,5'i vücudundaki benleri sayı, büyüklük, renk ve şekil değişikliği açısından takip etmektedir ve takip edenlerin (n:634) %18,9'u benlerinde değişiklik olduğunu belirtmiştir. %86,4'ü hiç ben muayenesi yaptırmamış olup yaptırmayanların (n:1063) %81,6'sı ben muayenesi yaptırmayı düşünmemektedir. %57,6'sı güneş koruyucu krem kullanmaktadır. DKGBÖ puan ortalaması 14,51±3,32'dir. Kadınların($p<0,001$), 18-29 yaş grubunun($p<0,001$), bekarların($p=0,001$),

yüksekokul mezunlarının(p<0,001), güneş yanığı geçirme öyküsü olmayanların(p<0,05), güneşe maruz kalmayı gerektiren bir işte çalışmayanların(p<0,001), güneş koruyucu krem kullananların(p<0,001), vücudundaki benleri sayı, büyüklük, renk ve şekil değişikliği açısından takip edenlerin(p<0,001), daha önce ben muayenesi yaptıranların(p<0,05) DKGBÖ puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Çalışmanın kısıtlılığı; ASM'lere başvuran kişilerde yapıldığı için genel toplumu yansıtmamaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Güneşten korunma deri kanserlerinin önlenmesinde etkili bir yöntemdir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde çoğunlukla deri kanseri bilgi düzeyi yüksek olanların güneşten korunma yöntemlerine uyumunun yüksek olduğu görülmektedir. Bireylerin deri kanseri ve güneşin zararlı etkileri konusunda bilgilendirilmesi deri kanserlerinin önlenmesinde etkili olabilir.

Anahtar Kelimeler: Deri kanseri, Deri Kanseri ve Güneş Bilgi Ölçeği, güneş yanığı

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S160]
TIP FAKÜLTESİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN RUH SAĞLIĞI OKURYAZARLIĞI İLE RUHSAL HASTALIK İNANÇLARI

***Tuğba Coşkun Aslan**, Hasan Durmuş, Şehide Arslan, Halime Şentürk, Arda Borlu*
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Üniversite öğrencilerinin ruh sağlığı giderek önem kazanmaktadır. Araştırmalar, 18–25 yaş aralığındaki öğrencilerin genelinde ruh sağlığı sorunlarının yüksek olduğunu göstermektedir. Bu nedenle araştırmada, tıp eğitiminin en zorlu yılında olan öğrencilerin ruh sağlığı okuryazarlığının ve ruhsal hastalık inançlarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Gereç-Yöntem

Araştırma kesitsel tipte olup, evrenini 2023–2024 yılında eğitim gören Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü hesaplanmamış olup, o dönemde eğitim gören öğrencilerin tamamına (270) ulaşılması hedeflenmiştir ve 269 katılımcı ile araştırma tamamlanmıştır. Veriler üç bölümden oluşan anketle toplanmıştır. Birinci bölümde, katılımcıların sosyodemografik özelliklerine yönelik sorular vardır. İkinci bölümde, Jung ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve Göktaş ve ark. Tarafından Türkçe geçerlilik-güvenirliği yapılan Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOY) vardır. 22 maddeden ve Bilgi Odaklı RSOY (RSOY-BO), İnanç Odaklı RSOY (RSOY-İO) ve Kaynak Odaklı RSOY (RSOY-KO) olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. İlk 2 alt boyutunda bulunan 18 madde altılı likert tiptedir. RSOY-KO alt boyutunda bulunan 4 madde ise "evet-hayır" olarak yanıtlanmaktadır. Değerlendirmesinde, "kesinlikle katılıyorum, katılıyorum, evet" yanıtlarından 1 puan alınmakta; diğer yanıtlardan ise puan alınmamaktadır. Üçüncü bölümde, Hirai ve Clum tarafından geliştirilmiş, Bilge ve Çam tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirliği yapılmış Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ) vardır. 21 maddeden oluşmakta, altılı likert tipte yanıtlanan maddeler, 0 ile 5 arasında puanlanmaktadır. Tehlikeli Alt Ölçeği, Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçeği, Utanma Alt Ölçeği olarak 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Alınan yüksek puan olumsuz inancı ifade etmektedir. Katılımcılara stajlarında ulaşılarak, bilgilendirme yapıldıktan sonra anket uygulanmıştır. Etik onay, Erciyes Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan alınmıştır (No:357). Analizlerde SPSS 25.0 kullanılmıştır. Veri dağılımı; hipotez testleri, grafikler ve çarpıklık–basıklık değerleri ile değerlendirilmiştir. Dağılımın normal olmaması nedeniyle, Mann–Whitney U testi ve Kruskal–Wallis testi uygulanmıştır. RSOY ile RHYİÖ puanları arasındaki korelasyonda Spearman testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p<0.05$ kabul edilmiştir. Araştırmacılar finansal destek almadığını ve çıkar çatışması olmadığını beyan eder.

Bulgular

Katılımcıların %53.2'si erkektir. Genel yaş ortalaması 24.27±2.55'tir. Katılımcıların %78.8'i evde yaşadığını, %57.2'si ailesinin ekonomik durumunun orta olduğunu ve %2.6'sı parçalanmış-boşanmış aile tipine sahip olduğunu belirtmiştir. RSOY puan ortancası 17.00 (Q1-Q3:15.00-19.00), RHYİÖ puan ortancası 51.00 (Q1-Q3:42.00-60.50)'dir. RSOY ve RHYİÖ puan ortancaları arasında negatif yönlü, çok zayıf düzeyde ($r=0.251$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.001$). Boşanmış-dağılmış ailesi olan katılımcıların RSOY toplam puanı, daha yüksek bulunmuştur ($p=0.038$). RSOY-BO'da, ruhsal sağlık sorunu yaşayanların puanı daha düşük bulunmuştur ($p=0.013$). RSOY-İO'da; yurtta yaşayanların puanları, diğerlerine göre daha düşük bulunmuştur ($p=0.020$). Aynı alt boyutta, boşanmış-dağılmış aile yapısına sahip olanların ($p=0.026$) ve ruhsal sağlık sorunu yaşayanların ($p=0.018$) puanları daha yüksek bulunmuştur. RSOY-KO'da ise, son sınıfta psikiyatri stajı yapanların puanı, diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0.003$). Kadınların ($p=0.011$), ruhsal sağlık sorunu yaşayanların ($p<0.001$) ruhsal hastalıklara yönelik inançları daha olumludur. Erkekler ($p=0.005$), ruhsal sağlık sorunu yaşamayanlar ($p<0.001$), ruhsal hastalıkların kişilerarası

ilişkileri etkilediğine ve buna bağlı çaresizlik yaşandığına daha fazla inanmaktadır. Ruhsal sağlık sorunu yaşamayanların, ruhsal hastalıkların ve bu hastalığa sahip bireylerin tehlikeli olduğuna yönelik inançları daha yüksektir (p=0.002). Yurtta yaşayan katılımcılar diğerlerine göre, ruhsal hastalığa yönelik, bireylerin daha fazla utanma duygusu yaşadığına inanmaktadır (p=0.012).

Sonuç ve Öneriler

Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinde ruh sağlığı okuryazarlığı düzeyinin orta düzeyde olduğu, ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançların ise belirgin şekilde varlığını sürdürdüğü görülmüştür. Öğrencilerin ruh sağlığı okuryazarlığı arttıkça ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançları azalmaktadır. Öğrencilerin ruh sağlığına yönelik olumlu tutum geliştirmeleri için eğitim müfredatına ruh sağlığı okuryazarlığını artırıcı programlar eklenmeli ve psikososyal destek mekanizmaları güçlendirilmelidir. Sınırlılıklar: Çalışma tek bir merkezde yürütülmüş olup, elde edilen bulgular farklı tıp fakültesi son sınıf öğrencilerine genellenemez.

Anahtar Kelimeler: Ruhsal hastalık inancı, ruh sağlığı okuryazarlığı, tıp öğrencisi

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S161]
SAĞLIK ÜZERİNE TOPLUMSAL GÖRÜŞLER: DÜŞÜK SOSYOEKONOMİK BİR MAHALLEDE KATILIMCI BİR PROJE

Raissa Uwera[1], Işık Karlı[1], Mehmet Akif Sezerol[2], Selin Davun[3], Merve Kırlangıç[3], Kezban Yavuz Emik[3], Murat Tuğberk Bakar[3], İlker Kayı[1], Sibel Sakarya[1]

[1]Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

[3]İstanbul Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüğü

Giriş-Amaç

Toplum temelli katılımcı bir yaklaşımla, "Mahalle meclisi" (MM) olarak adlandırılan gönüllü vatandaşlardan oluşan bir grup, TÜBİTAK tarafından desteklenen (proje no: 223N183) ve Era4Health tarafından finanse edilen "Eşitliği İyileştir (EŞ-İT): Obezitenin Önlenmesine Yönelik Politika Reformu Için Yenilikçi Bir Modelin Uygulanması" projesine katkıda bulunmuştur. İstanbul'un Sultanbeyli ilçesindeki düşük sosyoekonomik bir mahallede yürütülen tartışmalar, toplumun sağlığı nasıl anladığını keşfetmek, sağlıkla ilgili yerel öncelikleri belirlemek, sağlık üzerine açık diyalogu teşvik etmek ve ortak bir sözlük geliştirmeyi amaçlamıştır.

Gereç-Yöntem

Atölye çalışması için, EŞ-İT girişimi kapsamında beş ülkede kullanılan ortak bir protokol kullanılmıştır. Bu özet, Türkiye bulgularını sunmaktadır. Atölyeye eğitim, dini liderlik, sosyal hizmet, belediye hizmetleri ve vatandaşları temsilen kadın ve erkeklerden oluşan 24 MM üyesi katılmıştır. Sultanbeyli Afet Koordinasyon Merkezi'nde yapılan yarım günlük çalışmada, katılımcıların sağlık, sağlık belirleyicileri, sağlıkta eşitlik, sağlık varlıkları, toplum katılımı ve tüm politikalarda sağlık olmak üzere 6 temel sağlık kavramı hakkındaki görüşlerini tanımlayıp paylaşabilmeleri için World Cafe yöntemi kullanılmıştır. Veriler, katılımcıların yazılı post-it notları ve moderatörlerin notları aracılığıyla toplanmıştır. Moderatörlüğü ve verilerin analizini araştırma ekibinden kişiler yürütmüştür. Toplanan verilerin tematik analizi, tekrarlayan ifadeleri ortaya koymuş ve toplum tarafından tanımlanan kavramların bir özeti oluşturulmuştur.

Bulgular

Katılan MM üyelerinin 9'u erkektir. Katılımcılar, sağlıkla ilgili temel kavramlara dair anlamlı ve kişisel yorumlar paylaşmıştır. Çoğu için sağlık; zihinsel huzur, mutluluk, dayanıklılık ve başkalarıyla bağ kurma ile işlevselliği sürdürebilme hali olarak tanımlanmıştır. "Sağlıklı olmak demek zayıf olmak demektir" şeklindeki yaygın düşünce sorgulanmış; katılımcılar, fiziksel görünüm veya yalnızca sağlık hizmetine erişimden ziyade duygusal istikrara ve ruh sağlığına daha fazla değer vermiştir. Katılımcılar; sosyal normların, akran etkisinin, ekonomik baskıların ve çevresel altyapının günlük seçimleri ve iyi oluş hallerini şekillendirdiğini vurgulamıştır. Sağlıkta eşitlik üzerine konuştuklarında, katılımcılar; finansal durum, görünüş ve ikamet edilen yerin, bir kişinin nasıl muamele gördüğünü çoğu zaman belirlediğini ifade etmiştir. Sağlık sistemlerinde desteklenmiş ve güvende hissetmenin, saygı ve onurla muamele görmekle mümkün olduğunu; eşitliğin, herkese aynı şekilde davranmak anlamına gelmediğini vurgulamışlardır. Ayrıca toplum faaliyetlerinden doğaya ve organik gıdaya erişime kadar, insanların iyi hissetme ve iyi yaşama becerisine katkıda bulunan her şeyin bir sağlık varlığı olarak görülmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Pek çok grupta, kadınların ve yaşlıların karşılaştığı engellerin azaltılmasına yönelik çabalarda duyulmaya, saygı görmeye ve karar alma süreçlerine dahil edilmeye duyulan ihtiyaç öne çıkmıştır. Katılımcılar, sağlığın tarım ve eğitimden kentsel planlama ve ulaşıma kadar tüm politikalarda dikkate alınması gerektiğini vurgulamıştır. Bir katılımcı bunu şöyle ifade etmiştir: "Her sektör iyi oluşumuzu etkiler."

Sonuç ve Öneriler

Toplum katılımı; güven inşa etmenin, sahiplenme duygusunu artırmanın ve eylemi harekete geçirmenin

anahtarı olarak görülmüştür. Bazı kavramların anlaşılması zor olsa da, katılımcılar katkılarından memnuniyet ve gurur duyduklarını bildirmiş, sağlık önceliklerinin tanımlanmasında toplum katılımının önemini öne çıkarmışlardır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık politikası, eşitlik, toplum

TAM METİN SÖZLÜ BİLDİRİ

[S162]
DİRENÇLİ BİR SAĞLIK SİSTEMİ OLUŞTURMA YOLUNDA UGANDA SAĞLIK SİSTEMİNDEN ÇIKARTILMASI GEREKEN DERSLER

***Hadıjah Mbonde*, Bülent Kılıç**
Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Özet

Uganda'nın sağlık sistemi, yıllar içinde salgın hastalıklar, doğal afetler ve sosyoekonomik zorluklar gibi çok yönlü krizlerle karşı karşıya kalmıştır. Bu süreçte edinilen deneyimler, düşük ve orta gelirli ülkeler için dirençli sağlık sistemlerinin nasıl inşa edilebileceğine dair önemli dersler sunmaktadır. Bu bildiride, Uganda'nın sağlık sisteminin sıtma ve verem gibi bulaşacı hastalıkları karşısındaki tepkileri analiz edilerek, sistemin güçlü ve zayıf yönleri ortaya konulmuştur.

Uganda'nın topluluk temelli sağlık hizmetleri, yerel sağlık çalışanlarının eğitimi ve dijital sağlık kayıt sistemleri gibi uygulamaları, kriz anlarında hizmet sürekliliğini sağlamada kritik rol oynamıştır. Ancak altyapı eksiklikleri, finansal sürdürülebilirlik sorunları ve kırsal bölgelerdeki erişim zorlukları, sistemin kırılganlığını artırmaktadır.

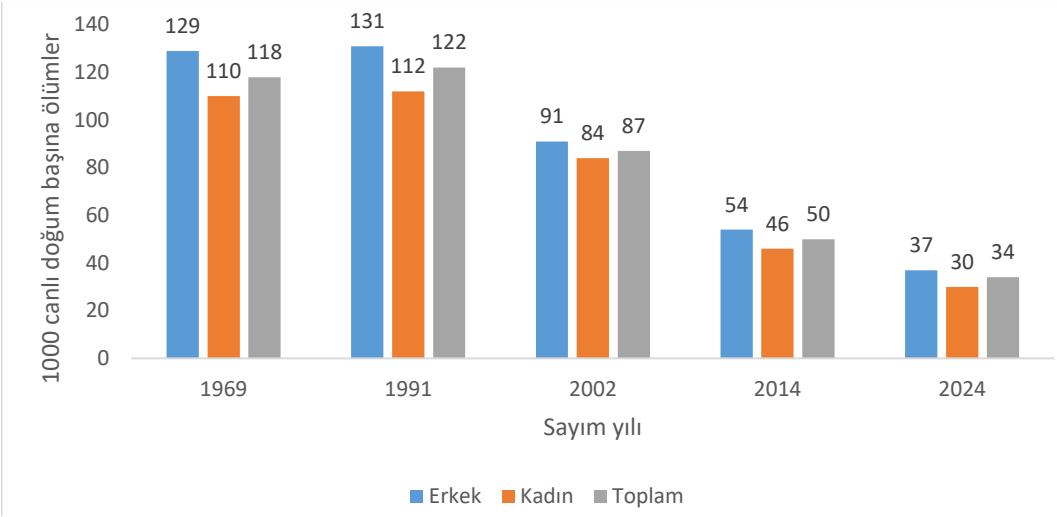
Bu bildiri, Uganda örneği üzerinden şu temel dersleri vurgulamaktadır: Yerel kapasiteyi güçlendirmek, merkeziyetçi yapılardan uzaklaşmak, veri temelli karar alma süreçlerini yaygınlaştırmak, toplumla iş birliği içinde sağlık hizmetlerini planlamak, sürdürülebilir finansman modelleri geliştirmek, İklim değişikliği ve afet risklerini sağlık politikalarına entegre etmek

Sonuç olarak, Uganda'nın deneyimi, dirençli bir sağlık sistemi oluşturmak isteyen ülkeler için hem ilham verici hem de uyarıcı niteliktedir. Bu dersler, küresel sağlık güvenliğini artırmak ve gelecekteki krizlere hazırlıklı olmak adına stratejik bir yol haritası sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Bulaşıcı Hastalıklar, Sağlık Örgütlenmesi, Sağlık Politikası.

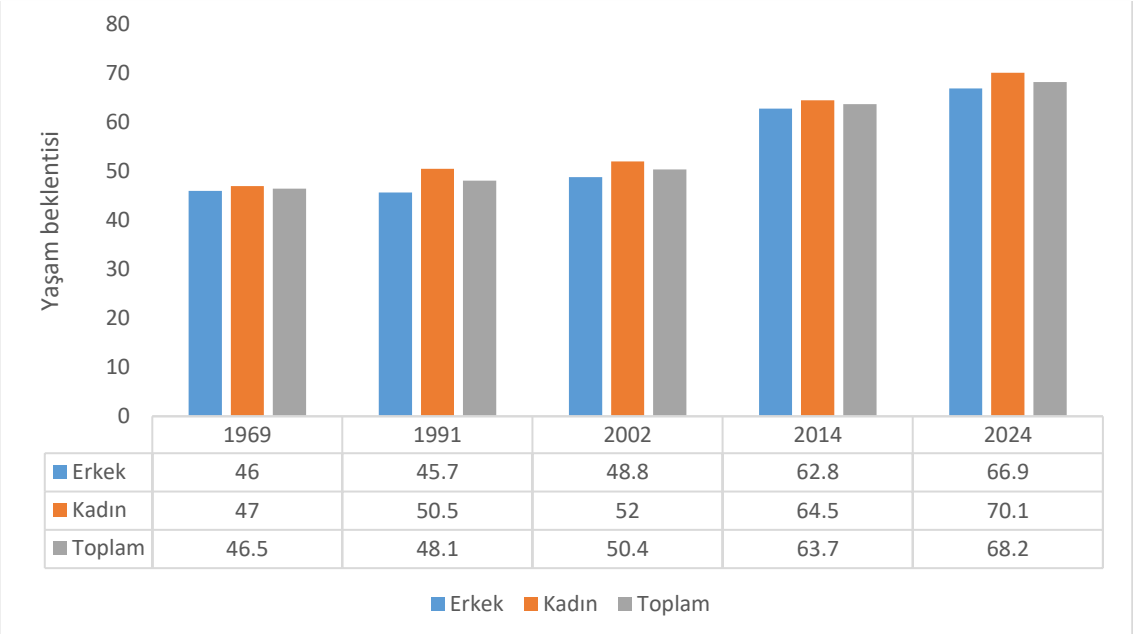
Giriş

Denize kıyısı olmayan bir ülke olan Uganda, doğuda Kenya, kuzeyde Sudan, batıda Kongo Demokratik Cumhuriyeti, güneybatıda Ruanda ve güneyde Tanzanya ile sınır paylaşmaktadır (1). 2024 nüfus sayımına göre Uganda'nın nüfusu 45.9 milyondur ve bu 2014'teki son nüfus sayımından bu yana ortalama %2,9'luk bir yıllık büyüme oranını yansıtmaktadır. İşsizlik oranı %12,3'tür. Kadın başına düşen Toplam Doğurganlık Hızı 2014 yılında 5,8 iken, 2024 yılında 4,5'e düşmüştür. Şekil-1'de de görüldüğü gibi Bebek Ölüm Hızı son 10 yılda binde 50'den binde 34'e düşmüştür (2).



Şekil 1. *1969'dan 2024'e kadar Uganda'daki 1000'de bebek ölüm hızını göstermektedir.*

Uganda'da 2024 yılında doğumda beklenen yaşam süresi 68,2 yıldır. Bu süre erkeklerde 67 yıl, kadınlarda 70 yıldır (bakınız Şekil-2). Bu süre son 55 yılda yaklaşık 20 yıl artmıştır (2).



	1969	1991	2002	2014	2024
Erkek	46	45.7	48.8	62.8	66.9
Kadın	47	50.5	52	64.5	70.1
Toplam	46.5	48.1	50.4	63.7	68.2

Şekil 2. *Uganda'da 1969'dan 2024'e kadar Doğuşta beklenen Yaşam Süresi*

Nüfus sayımından elde edilen sonuçlar Uganda'da toplam 1.022.577 göçmen olduğunu göstermektedir. Göçmenler yaklaşık yarısı (%45,2) Güney Sudan ve Demokratik Kongo'dandır (2).

Uganda'da, kişi başına düşen GSYİH, 2018/19 mali yılında 889 ABD dolarından 2021/22 mali yılında 1.046 ABD dolarına yükselerek, Ulusal Kalkınma Planının yıllık 1.000 ABD doları hedefini aşmış ve Uganda'nın alt orta gelir statüsüne geçişini resmen onaylamıştır (3). Tarım, Uganda ekonomisinin %24,2'sini oluştururken, bunu %25,5 ile sanayi ve %50,3 ile hizmetler takip etmektedir. Uganda'nın ekonomisi istikrarlı bir şekilde, ortalama olarak yıllık yaklaşık %7 oranında büyümüştür (4).

Okuryazar Ugandalıların çoğu ülkenin iki temel eğitim seviyesini -ilkokul ve ortaokul- tamamlamıştır. Yalnızca küçük bir azınlık üniversitelerde ve diğer yüksek kurumlarda eğitimlerine devam etmiştir. 2017 yılında ilkokula kayıtlı 8,8 milyon çocuk ve ortaokula devam eden 1.4 milyon öğrenci vardır (5).

Uganda'da sağlık sistemi

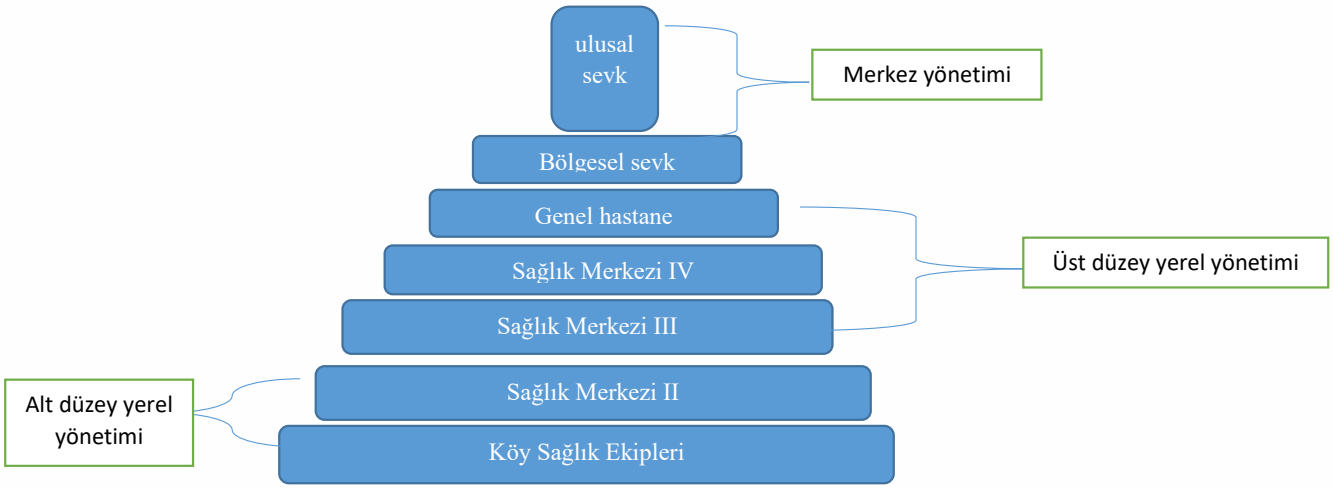
Gerekli asgari düzeyde sağlık hizmeti sunmak, Uganda sağlık sisteminin hedefidir. Uganda'nın merkezi olmayan sağlık sisteminde hem ülke çapında hem de ilçe düzeyinde desnatralizasyon vardır. Ulusal ölçekte, eyalet, ilçe ve Uganda ulusal sağlık araştırma örgütü, Uganda kan nakli hizmetleri, Uganda halk sağlığı laboratuvarları ve ulusal tıbbi kurumlar (6) dahil olmak üzere büyük ölçüde özerk kuruluşlar vardır. Bu kurumlardan özellikle kâr amacı gütmeyen sağlık kuruluşları yerel ve ulusal düzeyde yönetilir ve bunların %78'inin dini bir temeli vardır. Üç ana bağımsız dini kuruluş Uganda'nın sağlık sisteminde önemli bir yer tutar: Müslüman tıp bürosu, Katolik tıp bürosu ve Protestan tıp bürosu (7). Ek olarak, hükümet dışı kuruluşlar HIV/AIDS danışmanlığı ve bakımının önde gelen kâr amacı gütmeyen sağlayıcıları haline gelmiştir (8). Özel Klinikler ve resmi olmayan eczaneler ise kâr amacı güden sağlık hizmet sağlayıcıları arasındadır.

2021'de Uganda'da kamu, özel ve özelleştirilmiş kâr amacı gütmeyen kuruluşlar dahil olmak üzere 6.937 sağlık kurumu vardır. Devlete ait tıbbi tesisler % 45 oranındayken, Kâr Amacı Gütmeyen Özel sağlık kurmları % 40, Kâr Amacı Güden Özel sektör %14'ünü oluşturur (6). Devlet tarafından işletilen ve Kâr Amacı Gütmeyen kurumlar, genellikle daha düşük kademeli olan Kâr Amacı Güden Özel sektörden daha üstün tıbbi hizmetlere sahiptir. Doktorlar, dişçiler, hemşireler, ebeler, eczacılar ve ilgili sağlık uzmanları (8) resmi hizmet sağlayıcıları

oluştururken; bitki uzmanları, ruhsal şifacılar, geleneksel doğum görevlileri, hidroterapistler ve diğer geleneksel bakım verenler gayri resmi sağlayıcıları oluşturur (7).

Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi

Yönetimde, Sağlık bakanlığı, paydaşları organize etmenin yanı sıra planlama, fon tahsis etme, politika geliştirme ve kuralları uygulamaktan sorumludur. Köy Sağlık Ekipleri, ilçe bazlı olan sağlık sisteminin en alt seviyesini oluşturur. Bunlar, öncelikle yerel alanlarda önleyici bakım, basit tedavi edici bakım ve sağlık eğitimi sağlayan ve ücretsiz toplum sağlık hizmeti veren kesimdir. Bu sektör birinci basamak sağlık hizmetleri olarak kabul edilir. Daha sonra, bir hemşire tarafından yönetilen ayakta tedavi tesisi olan Sağlık Merkezi II (SM II) gelir. Bu, 5000 hasta ve sağlık çalışanını barındıracak şekilde tasarlanmıştır (6). Bunu izleyen adım, SM II hizmetlerinin yanı sıra yatarak tedavi, basit teşhis ve anne sağlığı bakımı sağlayan ve 10.000 kişiye hizmet veren Sağlık Merkezi III'tür (SM III). Burada bir klinik görevlisi çalışmalarını izler. Sağlık Merkezi IV, SM III'ün üzerinde yer alır ve bir doktor tarafından yönetilir. Sağlık Merkezi III'te sunulan tedavilere ek olarak, cerrahi prosedürler de sunar. SM IV tarafından kapsamlı acil obstetrik bakım ve kan nakli hizmetlerinin de sunulması beklenmektedir. Uganda'da 163 genel hastane, 222 SM-IV, 1.574 SM-III, 3.365 SM-II, 1.572 klinik bulunur. Ayrıca AIDS Destek Örgütü, AIDS Bilgi Merkezi ve Uganda Çocuk AIDS Fonu'ndan 24 özel klinik bulunmaktadır. Ek olarak 13 bölgesel sevk hastanesi ve 2 ulusal sevk hastanesi (6) bulunmaktadır (Bakınız Şekil-3).



Şekil 3. *Uganda'daki sağlık örgütlenmesi*

Uganda'da sunulan birçok farklı sağlık hizmeti türü vardır; bunlar arasında önleyici, tanıtım, genel/acil cerrahi, ayakta tedavi hizmetleri, terapötik, doğum, yatarak tedavi, kan nakli, laboratuvar hizmetleri, eğitim ve araştırma yer alır. Başlıca birinci basamaktan sevk kurumları olan genel hastaneler, hizmet sunum gereksinimlerine göre sırasıyla 100 ila 250 yatağa ve 185 çalışana sahiptir. Alt düzey sağlık tesisleri ile bölgesel ve ulusal sevk hastaneleri arasında bir kanal görevi görürler (6).

Sağlık İnsan Gücü

Hayati hizmetler sunma ve hayat kurtarma açısından nüfus sağlığının iyileştirilmesinin temel itici gücü ve her ülkenin sağlık sisteminin omurgası sağlık sektöründe insan kaynaklarının geliştirilmesidir (9). Ancak Uganda ciddi bir sağlık profesyoneli kıtlığı çekmektedir(10). Uganda'nın sağlık taleplerini karşılamak için yaklaşık 350.000 sağlık çalışanına daha ihtiyacı var ancak şu anda bunun yaklaşık yarısı düzeyinde 155.000 çalışanı var. Bu açık neredeyse her kadroyu etkiliyor. Dünya Sağlık Örgütüne göre doktor ve uzman sayısı sadece 7.793 kişi ve bunların yalnızca %25'i kamu sektöründe. Hemşirelerin sayısı ise 73.956. Kamu ve özel sektörde, 32.959 ebe, 1.712 eczacı ve 504 diş cerrahı var. Bu sayı oldukça azdır ve stajyerler genellikle uzman eksikliği nedeniyle acil durumlarla ilgilenmekte ve bu da hasta sonuçlarını riske atmaktadır. Ayrıca, gebelik ve doğum hizmetleri uzmanlar tarafından izlenmediğinde anne ölümleri daha yüksektir (10).

Hükümet, Dünya Sağlık Örgütü ile işbirliği yaparak, bu sorunları ele almak için Haziran 2024'te bir Ulusal Politika Diyaloğu düzenledi. Diyalogda daha hızlı işe alım, zamanında ücret dağıtımı ve işe alım için kolaylaştırılmış izin süreçlerine ihtiyaç vurgulandı. İşe alımdaki gecikmeler (bazen sekiz aya kadar) büyük bir darboğaz olmuştur (10).

Uganda Hükümeti, halk sağlığı alanındaki açığı kapatmak üzere Toplum Sağlığı Çalışanları (CHEW'ler) Ulusal Stratejisi (2018-2022) aracılığıyla, toplum sağlık sistemini daha geniş ulusal sağlık sisteminin bir bileşeni olarak inşa etmeyi ve güçlendirmeyi, böylece hizmetlere daha fazla toplum erişilebilirliği sağlamayı ve hane ve toplum merkezli sağlık hizmetlerinin eşit dağıtımını garanti altına almayı amaçlamaktadır. Ana hedef, bir CHEW kadrosunu uygun ve yeterli bir şekilde eğitmek ve toplum düzeyinde yüksek kaliteli, önleyici, tanıtım ve seçilmiş temel tedavi edici sağlık hizmetleri sunmak üzere onları başlatmaktır (6).

Sağlık Sisteminin Finansmanı

Uganda, 2025/26 mali yılı için sağlık sektörü bütçesini yaklaşık 1,5 milyar ABD dolarına çıkardı. Bu rakam, geçen yılki tahsisin iki katından fazla. Bu değişim, ülkenin artan zorluklar karşısında kamu sağlık hizmetlerini güçlendirme konusundaki kararlılığını vurguluyor. Sağlık bütçesi, ulusal bütçenin %8,1'ini oluşturuyor; bu oran daha önce %4'ün biraz üzerindeydi.Kişi başına sağlık harcamalarının 2023/24 mali yılında 23 ABD doları olacağı tahmin ediliyor. Bu rakam, 2022/23 mali yılında 21,7 ABD dolarıydı ve evrensel sağlık kapsamı için belirlenen 86 ABD doları sınırının hâlâ çok altında. Birinci basamak sağlık hizmetleri, toplam sağlık sektörü harcamalarının üçte birinden azını almaktadır (11).

Bütçe artışı, bağışçı finansman kesintilerine, bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların artan yüküne ve devam eden anne ve üreme sağlığı sorunlarına yanıt niteliğinde gerçekleşmiştir.Uganda'nın sağlık bütçesindeki artış hem stratejik bir dönüşümü hem de finansal bir zorluğu yansıtıyor; ancak gerçek etkisi, bu kaynakların ne kadar iyi yönetildiğine ve kullanıldığına bağlıdır (11). Uganda'daki sağlık hizmetleri hem kamu fonları (%24) hem de özel kaynaklar (%76) tarafından finanse edilmektedir. Özel kaynaklar haneler, özel firmalar ve kâr amacı gütmeyen özel kuruluşlar tarafından yapılan ödemeleri içerir. Cepten yapılan harcamalar tüm özel sağlık harcamalarının yaklaşık %55'ine karşılık gelmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu için fonlar iki kaynaktan gelir: birincisi merkezi hükümet katkısı, esas olarak vergilerden ve ikincisi bağışçılar veya proje destekleridir (doğrudan bölgesel destek ve çeşitli küresel sağlık girişimleri aracılığıyla yönlendirilen finansman) (12).

Uganda'daki kamu kaynakları bir dereceye kadar çapraz sübvansiyonlu olsa da, çeşitli finans kanallarını entegre etme girişimlerinin eksikliği ve önemli miktarda cepten harcama nedeniyle risk ve fonların bir araya getirilmesi yetersizdir. Toplum odaklı genel sağlık sigortası, gönüllü özelleştirilmiş ön ödeme planları dağıtılmış risk havuzlarına örnektir (12). Kamu kurumlarındaki tıbbi bakım sağlayıcılarına faaliyet gösterdikleri merkezi hükümetten bir bütçe sağlanır. Özelleştirilmiş sağlık sektöründe, birincil sağlık hizmeti verenlere hükümet adına hizmet başına ücret temelinde geri ödeme yapılır (13).

Sağlık Hizmeti Kullanımı

Uganda sağlık sistemi kademelidir, bölge sağlık ofisleri tarafından denetlenir ve hastanelerden sağlık merkezlerine kadar çeşitli sağlık tesislerini içerir. Öncelikle akut durumlara odaklanır ancak giderek artan bir şekilde kronik hastalıklar, özellikle bulaşıcı olmayan hastalıklar tarafından yüklenmektedir. Alt düzey sağlık tesisleri, kılavuzların, teşhis araçlarının ve eğitimli personelin eksikliği nedeniyle kronik hastalık yönetimi için yeterince kullanılmamaktadır (14).

Sağlıkta sosyoekonomik belirleyiciler ve ulaşımla ilişkili zorluklar nedeniyle, Uganda'nın kırsal kesimlerinde ve Sahra Altı'ndaki diğer Afrika ülkelerinde sağlık hizmetlerine erişim bir sorun olmaya devam ediyor. Sahra Altı Afrika'daki en savunmasız vatandaşların, sağlık sistemlerinin eşitsiz yapısı nedeniyle sağlık merkezlerine erişimleri orantısız bir şekilde sınırlıdır. Sahra Altı Afrika'da sağlık hizmetleri eşitliğinin eksikliğine ilişkin endişe, bu ülkelerin bulaşıcı olmayan ve bulaşıcı hastalıkların yüksek yaygınlık dönemi yaşamasıyla birlikte

artmıştır. Bulaşıcı hastalıklar, zaman alıcı bir bakım sistemi nedeniyle güçlü bir birinci basamak bakım ağı gerektirir (15).

Yüksek maliyetler ve yolsuzluk ve rüşvetle ilgili sorunlar da dahil olmak üzere finansal kısıtlamalar, hizmet sunumunu daha da karmaşık hale getirir. Ek olarak, kültürel tutumlar sağlık hizmetlerine erişimi ve kullanımını etkileyebilir ve Uganda'da etkili sağlık hizmeti sunumuna yönelik daha fazla engel oluşturabilir (16)

Uganda'daki Başlıca Sağlık Sorunları

Uganda sağlık sistemi, sağlık politikası çerçevelerinin rehberliğinde 1987'den bu yana önemli bir ilerleme kaydetti, ancak önemli sorunları devam ediyor (17). Bir çok sağlık problemi yaşayan Uganda, başta tüberküloz, HIV/AIDS ve sıtma gibi bulaşacı hastalıklar, Ebola ve kolera gibi endemiler ve kanser, bulaşıcı olmayan hastalıklara ev sahipliği yapmaktadır.

Sıtma

Sıtma, özellikle sivrisinek popülasyonunun yüksek olduğu bölgelerde önemli bir sağlık sorunudur. Dünya genelinde sıtma kaynaklı ölümlerin yarısından biraz fazlası dört Afrika ülkesinde meydana gelmiştir: Nijerya (%26,8), Kongo Demokratik Cumhuriyeti (%12,3), Uganda (%5,1) ve Mozambik (%4,2) (18). Sıtma, Uganda'da 2021 yılında tahmini 13 milyon vaka (1000 kişi başına 288,8 vaka) ve 19.663 ölümle sonuçlanan bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Ülke, 1000 kişi başına düşen vaka oranının 2015'ten bu yana artması ve hedefler ile gerçek vaka oranı arasındaki uçurumu derinleştirmesi nedeniyle, Küresel Sıtma Teknik Stratejisi hedeflerine ulaşma yolunda ilerlememektedir. Beş yaş altı çocukların %60,6'sının böcek ilacıyla işlenmiş cibinlik kullandığı bildirilmiştir. Ateşi olan ve tedavi arayan bireylerin %64,8'i artemisinin bazlı kombinasyon tedavisi (ACT) almıştır (19).

HIV/AIDS

Bu salgını bireyleri ve toplulukları etkileyerek önemli bir yük oluşturmaya devam etmektedir. 2024 tahminleri, ulusal HIV yaygınlığının %5,1 olduğunu, yeni enfeksiyonların 2010'daki 83.000'den 38.000'e düştüğünü, AIDS ile ilişkili ölümlerin 53.000'den 19.000'e düştüğünü ve HIV'li bebeklerin sayısının sadece on yılda 30.000'den 4.700'e düştüğünü gösteriyor. Bu gelişmelere ragmen, HIV/AIDS can almaya devam ediyor ve Uganda'da önemli bir halk sağlığı sorunudur (20).

Tüberküloz

Tüberküloz (TB), 2021 yılında 1, 6 milyon ölüme neden olarak bulaşıcı hastalıklar arasında HIV'den daha önde gelen ölüm nedeni olmuştur. Yine de tedavi edilebilir ve önlenebilir bir hastalıktır (21). 2020 yılında tüberküloz vakalarının sayısının 90.000 olduğu tahmin edilmiş olup, bu da 100.000 kişi başına tahmini 199 tüberküloz vakası yükü anlamına gelmektedir. Tüberküloza bağlı ölüm oranlarına ilişkin tahminler, 2015 yılından bu yana 100.000 kişi başına 33'ten 14'e düşmüştür (19). Sıtma ve tüberkülozun yeniden canlanması Uganda'daki sağlık krizini daha da karmaşık hale getiriyor (22).

İshal

Uganda'da ishal, beş yaş altı ölümlerinin beş önde gelen nedeninden biri olup her yıl 140.000'den fazla ölüme neden oluyor ve bu, Uganda'daki beş yaş altı ölümlerinin %7,1'ini oluşturuyor (23).

Bulaşıcı olmayan hastalıklar (NCD)

Bulaşıcı olmayan hastalıklar Uganda'da önemli bir sağlık sorunudur. Dört büyük bulaşıcı olmayan hastalıkta; kardiyovasküler hastalık, kronik solunum yolu hastalığı, kanser ve diyabet; yaşa göre standartlaştırılmış ölüm oranı 2021'de erkeklerde 100.000'de 709 ve kadınlarda 506 idi. Uganda, NCD politikası ve planı, NCD yönergeleri, tütün (tütün vergileri, reklam yasağı), alkol vergileri ile ilgili NCD ilerleme göstergeleri konusunda çalışmalar yürütmüştür; ancak alkol reklam kısıtlamaları, tuz politikaları, trans yağ politikaları, çocuklara yönelik pazarlama ve fiziksel aktivite yönergeleri ile ilgili göstergelerde ilerleme daha sınırlı olmuştur (19).

İhmal Edilen Tropikal Hastalıklar (NTD'ler)

Uganda, kitlesel ilaç uygulaması (MDA) yoluyla önleyici kemoterapiye uygun tüm NTD'ler için endemiktir; bunlar arasında lenfatik filaryaz, toprak yoluyla bulaşan helmintiyazis, şistosomiyazis, onkoserkiyazis ve trahom bulunur. 2020 yılında, MDA nedeniyle hedeflenen 13,7 milyon kişi vardı ve neredeyse tamamı (13,3 milyon) tedavi edildi. Endemik olmaya devam eden diğer önemli NTD'ler arasında Buruli ülseri, leishmaniasis (deri ve iç organ), cüzzam ve kuduz yer almaktadır (19).

Uganda Sağlık Sisteminin Zorlukları

Uganda sağlık sistemi son 50 yılda önemli değişiklikler geçirdi ve siyasi kargaşa nedeniyle parçalanmış bir sisteme dönüştü. Sistem, çok paydaşlı katılım ve maliyet etkin müdahalelere odaklanan bir Sağlık Sektörü Stratejik Planı aracılığıyla iyi sağlık ve refaha ulaşmayı amaçlamaktadır. Ancak, önemli bir zorluk, etkili uygulama ve ilerlemeyi engelleyen sağlık sektörünün sürekli yetersiz finansmanı olmaya devam etmektedir (24).

Uganda sağlık sistemi, yüksek anne, bebek ve beş yaş altı ölüm hızları gibi zorluklarla karşı karşıyadır. 2019 ve 2021 yılları arasında Batı Nil bölgesinde anne ve yenidoğan sağlık kalitesi iyileştirme programı pilot çalışması uygulandı ve bu da sağlık sistemi kapasite puanlarının %62,9'dan %71,2'ye çıkmasına yol açtı. Yönetim, sağlık finansmanı ve temel ilaçlara erişim gibi temel bileşenler önemli gelişmeler gösterdi. Bu, daha fazla hükümet müdahalesinin ve iyileştirilmiş hükümet finansmanının daha iyi sonuçlar ürettiğini göstermektedir (25).

Sistem, sağlık sigortası için yasal bir çerçevenin olmaması ve tüm nüfus için sınırlı kapsam gibi önemli sorunlarla karşı karşıyadır. Toplum temelli kamu sağlık sigortası, gayrı resmi sektör çalışanları arasında yaygındır, özel sağlık sigortası ise genellikle işveren tarafından sağlanır. 2021'de kabul edilen Ulusal Sağlık Sigortası Planı Tasarısı, başkan tarafından imzalanırsa sağlık kapsamını artırmayı amaçlamaktadır. Ancak, yasa tasarısının genel sağlık sektörünü iyileştirmek ve evrensel sağlık kapsamına ulaşmak için ele alınması gereken eksiklikleri vardır (26,27). Ayrıca sağlık çalışanlarının, çoğunlukla gecikmiş ödemeler ve kötü çalışma koşulları nedeniyle gerçekleştirdikleri grevler, hizmet sunumunu ciddi şekilde etkileyerek yetersiz eğitime ve sağlık hizmeti sağlayıcılarında potansiyel kıtlığa yol açmıştır (28)

Uganda sağlık sistemi, öncelikle standart veri formatlarının olmaması, veri yönetimi politikalarının eksikliği ve vasıfsız veri yönetimi personeli nedeniyle veri kullanımı ve kullanımında önemli zorluklarla karşı karşıyadır. Ek olarak, düşük veri kalitesi, sınırlı siyasi irade ve yetersiz birlikte çalışabilirlik, etkili sağlık bilgisi alışverişini engellemektedir (29)

Hastanelerdeki hastaların %50'sinden fazlası HIV pozitif ve temel ilaçlar oldukça azdır. Ayrıca, düşük doktor maaşları sistemin etkinliğini azaltırken, sıtma ve verem hastalıklarının yeniden ortaya çıkması

Uganda'daki sağlık krizini daha da karmaşık hale getirmektedir (22). Hizmet sunumu, özellikle bakıma erişimin sınırlı olduğu kuzey bölgelerinde coğrafi farklılıklar nedeniyle engellenmektedir. Hastalar genellikle yalnızca ciddi hastalık sırasında sağlık hizmeti aramaktadır ve bu da düşük ayakta hasta ziyaret oranlarıyla sonuçlanmaktadır (30).

Ayrıca Uganda'nın sağlık sistemi, mevcut kaynak kısıtlamalarını daha da kötüleştiren artan mülteci sayısı nedeniyle önemli bir baskı altındadır. Hükümetin bu krizi ele almayı amaçlayan politikalarına rağmen, sosyokültürel damgalama, sağlık sistemine güvensizlik ve mali zorluklar gibi engeller mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimini engellemektedir (31).

Sonuç ve Öneriler

Uganda'da başta bulaşıcı hastalıkların ve giderek artmakta olan kronik hastalıkların yönetimini geliştirmek için eğitim, insangücü, maddi kaynak sağlama ve sevk sistemlerinde acilen iyileştirmelere ihtiyaç vardır. Uganda'nın sağlık sisteminde sağlık hizmetlerinin sunumunun ve sonuçlarının iyileştirilmesi için iyileştirilmiş

veri ve parçalanmış özel sektör-kamu sektörü kesimlerinin birlikte çalışabilirlik standartları hayati önem taşımaktadır. Durumu iyileştirmek için, mülteci topluluklarının çeşitli ihtiyaçlarını anlamaya odaklanan ve sağlık hizmetlerine erişimde eşit haklar ve hareket özgürlüğü sağlayan kapsamlı tarama ve özel sağlık politikalarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Uganda'da sağlık performansını artırmak ve kaliteli sağlık hizmetlerine evrensel erişimi garanti altına almak için politika geliştirme, altyapı ve kapasite oluşturma konusunda daha fazla yatırım yapılmasını gerektiriyor ve bunları yaparak, nihayetinde Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerine ulaşılması mümkün olacaktır. Uganda'nın Evrensel Sağlık Kapsamına ulaşma yolu, sağlık personeli açığını acilen kapatmaya ve güçlü, iyi desteklenen bir sağlık insangücünü korumaya bağlıdır. Bu bağlamda sağlık sistemlerinin dirençliliğini sağlamada Uganda sağlık siteminden çıkartılması gereken çok sayıda ders vardır.

Kaynaklar

1. *Embassy of the Republic of Uganda, Kinsasha-DRC. (2025). Geography of Uganda. https://kinshasa.mofa.go.ug/uganda/geography*
2. *Uganda Bureau of Statistics (b). (2024). National Population and Housing Census. https://www.ubos.org/wp-content/uploads/2024/12/National-Population-and-Housing-Census-2024-Final-Report-Volume-1-Main.pdf*
3. *KPMG Uganda. (2023). Uganda Budget Brief 2022/23, Economic performance. https://assets.kpmg.com/content/dam/kpmg/ug/pdf/tax/2022/Uganda%20Budget%20Brief%202022-23%20Final.pdf*
4. *World Bank. (2016). Home The Compendium of Diaspora Investment & Business Opportunities. https://www.ugandainvest.go.ug/wp-content/uploads/2016/02/Compendium-of-Investment-and-Business-Opportunities-Vol-I.pdf*
5. *Uganda Bureau of Statistics (a). (2021). Statistical Abstract. https://www.ubos.org/wp-content/uploads/publications/01_20222021_Statistical_Abstract.pdf*
6. *Uganda Ministry of Health (a). (2021). Ministry of Health Knowledge Management Portal | Republic of Uganda. https://library.health.go.ug/sites/default/files/resources/Report_on_the_State_of_Regional_Refferal_Hospitals_in_uganda.pdf*
7. *Okwero P, Tandon A, Sparkes S, McLaughlin J, & Hoogeveen JG. (2010). Fiscal Space for Health in Uganda. https://openknowledge.worldbank.org/entities/publication/ff6b9485-c619-50a8-b9b9-0c9c5872ed5a*
8. *USAID. (2012). Uganda Health System Assessment 2011.*
9. *Mouhammed HM. (2020). Barriers in Primary Healthcare Service Utilization among Adults in Borama in the Northwestern Awdal Region of Somaliland.*
10. *Nafula J. (2024, June 30). Uganda met with shortage of 180,000 health workers. Monitor. https://www.monitor.co.ug/uganda/news/national/uganda-met-with-shortage-of-180-000-health-workers-4674410*
11. *Nansubuga, M. (2025, June 12). Uganda boosts health budget to Shs 5.87 trillion for FY 2025/26 amid rising health demands. The Black Examiner. https://www.examiner.co.ug/news/national/uganda-boosts-health-budget-to-shs-5-87-trillion-for-fy-2025-26-amid-rising-health-demands/*
12. *World Health Organization (a). (2017). Primary health care system: A case of Uganda. https://www.who.int/publications/b/search?term=Primary+health+care+system%3A+A+case+of+Uganda.+2017%3B1%E2%80%9320&language=eng*
13. *Uganda Ministry of Health (b). (2016). Health Financing Strategy. https://library.health.go.ug/health-system-financing/health-financing-accounting/health-financing-strategy-201516-202425*
14. *Katende, D, Mutungi, G, Baisley, K, Biraro, S, Ikoona,E, Peck, R. N, Smeeth, L, Hayes, R. J, Munderi, P, & Grosskurth, H. (2015). Readiness of Ugandan health services for the management of outpatients with chronic diseases. Tropical Medicine & International Health, 20(10), 1385–1395.*
15. *Dowhaniuk N. (2021). Exploring country-wide equitable government health care facility access in Uganda. Int J Equity Health, 20(1), 1–19.*
16. *Nabukeera, M. S. (2016). Challenges and Barriers to the Health Service Delivery System in Uganda. IOSR Journal of Nursing and Health Science. http://www.ir.iuiu.ac.ug/handle/20.500.12309/736)*
17. *Malish, J. P. (2017). A Critical Evaluation of the Effectiveness of the Healthcare System in Uganda, 1987 to 2015. Social Science Research Network. https://doi.org/10.2139/SSRN.3132246*
18. *Zalwango, M. G, Zalwango, J. F, Kadobera, D, Bulage, L, Nanziri, C, Migisha, R, Agaba, B. B, Kwesiga, B, Opigo, J, Ario, A. R, & Harris, J. R. (2024). Evaluation of malaria outbreak detection methods, Uganda, 2022. Malaria Journal, 23(1), 18., 23(1), 18.*

19. *World Health Organisation (b). (2023). Country Disease Outlook, Uganda. https://www.afro.who.int/sites/default/files/2023-08/Uganda.pdf#:~:text=Non%2Dcommunicable%20diseases%20NCDs%20are%20a%20major%20health,males%20and%20506%20in%20females%20in%202021.*

20. *Bukuluki, Paul, Kisaakye, Peter, Houinato, Maxime, Ndieli, Adekemi, Letiyo, Evelyn, & Bazira, Dan. (2021). Social norms, attitudes and access to modern contraception for adolescent girls in six districts in Uganda. BMC Health Services Research, 21(1040). https://doi.org/10.1186/s12913-021-07060-5*

21. *Uganda Virus Research Institute. (2024). Conference On Innovations In Tuberculosis. https://uvri.go.ug/news/conference-innovations-tuberculosis-2024*

22. *Kellett, J. (1989). Medicine in Uganda: The impact of prolonged war and epidemic AIDS on medical care. Canadian Medical Association Journal, 6, 699–701.*

23. *Nantege, R, Kajoba, D, Ddamulira, C, Ndoboli, F, & Ndungutse, D. (2022). Prevalence and factors associated with diarrheal diseases among children below five years in selected slum settlements in Entebbe municipality, Wakiso district, Uganda. BMC Pediatrics, 22(1), 394.*

24. *Nampala MP, N. (2018). A Critical Evaluation of the National Health System of Uganda. Biomedical Journal of Scientific and Technical Research, 5(5), 001–006.*

25. *Muhumuza, S, Lutalo, I. M, Ssendiwala, J, Latigi, G, Pirio, P, Msukwa, C, Mwanyumba, F, Gohar, F, Hailegebriel, T. D, Asfaw, A. G, & Bergh, A. (2024). Measurement of district health system strengthening efforts for maternal and newborn health service delivery: Synchronized application of evaluation models in the West Nile region, Uganda, 2019-2021. https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3969646/v1)*

26. *Forman, L, Uberoi, D, & Mulumba, M. (2022). Using the Right to Health to Advance Equitable Universal Health Coverage in Uganda's National Health Insurance Scheme Bill. African Journal of International and Comparative Law, 30(2), 290–320.*

27. *Otieno, E & Namyalo, J. (2023). The Paradox of the Ugandan Health Insurance System: Challenges and Opportunities for Health Reform. https://doi.org/10.3961/jpmph.23.110)*

28. *Lewis, C. (2023). Medical Training in Uganda: A Critical but Neglected Part of the Healthcare System. Cureus, 15.*

29. *Bagyendera, M, Nabende, P, & Nabukenya, J. (2023). Critical factors influencing data use and utilization in health systems: A focus on data and interoperability standards for health information exchange (HIE) in Uganda's health care system. Oxford Open Digital Health, 1. https://doi.org/10.1093/oodh/oqad015*

30. *Mohamed, Y. I. (2019). The United Kingdom versus Ugandan Health Systems in Terms of Service Delivery and Health Workforce. Health Syst Policy, 6(2). https://doi.org/10.21767/2254-9137.1000103).*

31. *Bacigale, R. M, Murhula, A. N, Kayembe, P, Mbiso, J. M, & Mutabesha, M. Z. (2023). A Systematic Review of the Healthcare Access and Utilization Barriers Faced by Refugees in Uganda. East African Journal of Interdisciplinary Studies, 6(1), 84–99.[S163]*

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S163]
TÜRKİYE'DE SAĞLIK PERSONELİ VE YATAK DAĞILIMINDA EŞİTSİZLİK EĞİLİMLERİ (2002–2023)

***Şeyma Yüsra Soğanda*[1], Zeynep Tüzün[2], Kerem Arısın[2], Abdullah Uçar[3]**
[1]*Sağlık Bakanlığı, Çankırı İl Sağlık Müdürlüğü*
[2]*Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[3]*Sakarya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

Giriş-Amaç

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumunda iller, kurumlar ve sağlık personeli grupları arasında gözlenen dengesizlikler, sağlık sisteminde eşitlik ve etkinlik etkinliği olumsuz etkileyen önemli bir sorundur. Sağlık insan gücü ve hastane altyapısının coğrafi ve kurumsal açıdan dengesiz dağılımı, hizmete erişimde farklılıklara yol açmakta; sağlık çalışanı grupları arasındaki oranlardaki dengesizlikler ise sistemin iç yapısındaki eşitsizlikleri derinleştirmektedir. Evrensel sağlık kapsayıcılığı hedefi, tüm bireylerin sosyoekonomik veya coğrafi koşullarına bakılmaksızın gerekli sağlık hizmetlerine erişebilmesini ve bu hizmetlerin adil biçimde sunulmasını amaçlamaktadır. Bu çerçevede, sağlık personelinin dengeli dağılımı, kapsayıcı ve sürdürülebilir bir sağlık sisteminin temel koşullarından biridir. Bu çalışma, 2002–2023 yılları arasında Türkiye'de iller düzeyinde sağlık personeli sayısı ile hastane yatak kapasitesinin dağılımındaki eşitsizlikleri incelemeyi amaçlamaktadır. Analiz kapsamında, hastane yatak sayısı ile sağlık personelinin (uzman hekim, pratisyen hekim, asistan hekim, diş hekimi, hemşire, diğer sağlık personeli, ebe ve eczacı) iller arasındaki dağılımı, yıllar içindeki değişimi ve kurum türlerine (Sağlık Bakanlığı, üniversite, özel sektör) göre farklılıkları değerlendirilmiştir.

Gereç-Yöntem

Çalışmada Türkiye'de 2002–2023 dönemine ait 81 ilin sağlık personeli ve hastane yatak sayılarını içeren TÜİK istatistikleri kullanılmıştır. İllerin yıllık nüfusları temel alınarak her gösterge "1000 kişi başına düşen oran" biçiminde standardize edilmiştir. Sağlık personeli verileri, personel türü (ör. uzman hekim, hemşire, eczacı vb.) ve kurum tipi (Sağlık Bakanlığı, üniversite, özel) bazında değerlendirilmiştir. Eşitsizlik düzeyleri, GINI katsayısı ve P90/P10 oranı kullanılarak ölçülmüştür. GINI katsayısı Lorenz eğrisine dayalı olarak iller arası dağılım farklılıklarını 0 (tam eşitlik) ile 1 (tam eşitsizlik) arasında sayısallaştırırken; P90/P10 oranı, illerin 90. ve 10. persentillerindeki değerlerin oranını göstermektedir. Hesaplamalar R istatistik programı ile yapılmıştır. 2002–2023 arası yıllar için her personel türü ve kurum kategorisi ayrı ayrı değerlendirilmiş, sonuçlar yıllık GINI ve P90/P10 trend grafikleriyle görselleştirilmiştir.

Bulgular

Sağlık bakanlığı, özel ve üniversite kurumlarındaki tüm personel birlikte değerlendirildiğinde sağlık personeli genelinde GINI katsayısı 2002'de 0,247 iken 2010'da 0,187'ye, 2015'te 0,132'ye düşmüştür. 2016 sonrası dönemde artış eğilimi görülmüş; 2018'de 0,158, 2020'de 0,165 ve 2023'te 0,177 düzeyinde gerçekleşmiştir. P90/P10 oranı 2002'de 5,8 iken 2015'te 2,1'e kadar azalmış, ardından 2018'de 2,9 ve 2023'te 3,5'e yükselmiştir. Personel alt gruplarında 2002–2015 arasında tüm gruplarda eşitsizlikte azalma görülmüştür. 2002'ye göre GINI katsayısı uzman hekimlerde 0,229'dan 0,127'ye, pratisyen hekimlerde 0,187'den 0,102'ye, hemşirelerde 0,264'ten 0,144'e, eczacılarda 0,338'den 0,207'ye, diş hekimlerinde 0,263'ten 0,156'ya düşmüştür. 2016 sonrasında tüm gruplarda sınırlı artış izlenmiştir. 2023 yılı itibarıyla GINI katsayıları uzman hekimlerde 0,138, pratisyen hekimlerde 0,115, hemşirelerde 0,155, eczacılarda 0,223, diş hekimlerinde 0,169, ebe grubunda 0,185 ve diğer sağlık personelinde 0,168 düzeyindedir. Hastane yatağı dağılımına ilişkin GINI katsayısı 2002'de 0,203 düzeyindeyken 2012'ye kadar azalarak 0,128'e düşmüş, 2017 sonrasında yeniden artarak 2023'te 0,145 olmuştur. Aynı dönemde P90/P10 oranı 2002'de 4,1'den 2012'de 2,3'e inmiş, 2018–2023 arasında 2,8'e yükselmiştir. Genel olarak 2002–2015 döneminde iller arası eşitsizlik göstergelerinde sürekli azalma gözlenmiş, 2016 sonrası dönemde ise hem sağlık personeli hem de hastane yatağı dağılımında yeniden artış eğilimi belirlenmiştir.

Sonuç ve Öneriler

2002–2023 döneminde Türkiye'de sağlık kaynaklarının iller arası dağılımında 2000'li yılların ilk yarısında belirgin bir iyileşme yaşanmış, ancak 2016 sonrasında eşitsizlik göstergelerinde yeniden artış eğilimi ortaya çıkmıştır. Sağlık personeli ve hastane yatağı dağılımlarında GINI ve P90/P10 oranlarının son yıllarda yükselmesi, coğrafi dağılımın tam olarak sağlanamadığını göstermektedir. Özellikle büyükşehirlerde personel yoğunluğu sürerken küçük illerde artış sınırlı kalmıştır. Sonuçlar, sağlıkta dönüşüm süreciyle elde edilen kazanımların sürdürülebilmesi için personel planlaması ve altyapı yatırımlarının bölgesel farklılıkları gözeten biçimde yeniden yapılandırılmasının gerekli olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık eşitsizliği, sağlık insan gücü dağılımı, GINI Katsayısı, P90/P10 oranı

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S164]
TÜRKİYE'DE 2014-2023 YILLARI ARASINDA SAĞLIK SİSTEMİ DİRENÇLİLİK KAPASİTESİNİN ÖLÇÜMÜ

Büşra Tozduman[1], İpek Gündoğdu[2]
[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Epidemiyoloji Bilim Dalı
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Sağlık sistemi dirençliliği, kurum ve bireylerin kriz ve baskılara karşı öngörebilme, hazırlanabilme, uyum sağlayabilme ve toparlanabilme becerisidir. Amaç, nitelikli sağlık hizmetlerini kesintisiz sunmak ve geçmiş deneyimlerden öğrenerek kapasiteyi geliştirmektir. Dirençlilik yalnızca salgın, afet veya çatışma gibi ani krizlerle değil; kaynak yetersizliği, personel eksikliği ve artan hizmet talebi gibi gündelik baskılarla da ilgilidir. Bu nedenle sağlık sistemi dirençliliği, sürekli gelişen bir kapasite olarak ele alınmalıdır. Bu çalışmanın amacı, 2014–2023 yılları arasında Türkiye sağlık sistemi dirençlilik kapasitesini sağlık istatistikleri verileriyle değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem

Araştırmada 2014–2023 dönemi Sağlık İstatistikleri Yıllıkları verileri kullanılmıştır. Göstergeler, Dünya Sağlık Örgütü'nün 2024'te yayımladığı "Health system resilience indicators" dokümanında tanımlanan başlıklardan Türkiye verileriyle örtüşenler arasından seçilmiştir. Hizmet sunumu boyutunda beş yaş altı ölüm hızı, başlıca bulaşıcı hastalıkların insidansı (AIDS, kızamık, sıtma, tüberküloz), aşı kapsamı (DaBT3, BCG, HBV3, KKK), nitelikli doğum oranı, yoğun bakım ve hasta yatağı sayısı, kişi başına muayene sayısı, birinci basamak başvuru oranı, yatak doluluk oranı ve ortalama kalış süresi; sağlık işgücü boyutunda hekim, diş hekimi, eczacı, hemşire ve ebe sayısı; finansman boyutunda toplam sağlık harcaması, halk sağlığı programlarına ayrılan pay ve cepten ödemeler değerlendirilmiştir. Göstergeler entropi yöntemiyle ağırlıklandırılmış, ardından TOPSIS (İdeal Çözüme Benzerliğe Göre Tercih Sıralama Tekniği) ile her yıl için bileşik dirençlilik kapasite değeri hesaplanmıştır.

Bulgular

Kapasite değerleri 2014–2019 arasında düşük ve durağan seyretmiştir (0,18–0,27 aralığında). Bu sınırlı artış eğilimi, kalıcı bir yapısal güçlenmeye işaret etmemekte; daha çok sağlık işgücündeki istikrarlı artıştan kaynaklanmaktadır. COVID-19 pandemisinin etkili olduğu 2020 ve 2021'de değerler sırasıyla 0,44 ve 0,72'ye yükselmiş, tüm boyutlarda belirgin artış gözlenmiştir. Hizmet sunumunda bulaşıcı hastalık insidanslarının düşmesi, birinci basamak başvurularının artması ve yatak doluluk oranının azalması; finansmanda ise halk sağlığı programlarına ayrılan bütçenin artması ve cepten harcamaların azalması etkili olmuştur. 2022–2023 döneminde kapasite değerleri sırasıyla 0,51 ve 0,42 olarak hesaplanmıştır. Değerler pandemi dönemine göre azalmış ancak pandemi öncesi yıllardan yüksek kalmıştır. Bu dönemde sağlık işgücü artışı sürerken bulaşıcı hastalık insidanslarında ve hekime başvurularda artış, finansman göstergelerinde ise olumsuz yönde değişim gözlenmiştir.

Sonuç ve Öneriler

Türkiye'de sağlık sistemi dirençlilik kapasitesi 2014–2019'da sınırlı düzeyde seyretmiş, COVID-19 pandemisiyle 2020–2021'de belirgin biçimde güçlenmiştir. Ancak 2022–2023'te finansman göstergelerindeki zayıflama eğilimi genel kapasitede düşüşe neden olmuştur. Buna rağmen pandemi sonrası düzey, önceki yıllara kıyasla daha yüksek bir tabanı korumaktadır. Bulgular, Türkiye sağlık sisteminin kriz dönemlerinde güçlü mobilizasyon

kapasitesine sahip olduğunu, ancak bu kapasitenin sürdürülebilirliğini güvence altına almak için finansal dayanıklılığın güçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği dirençlilik boyutları temel alınarak ölçme aracı geliştirilmesi dirençliliğin bütüncül şekilde değerlendirilebilmesini sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık sistemi dirençliliği, sağlık sistemi kapasitesi, sağlık sistemi performansı, TOPSIS, Türkiye

TAM METİN SÖZLÜ BİLDİRİ

[S165]
DİRENÇLİ SİSTEMLER AÇISINDAN TÜRKİYE'DE NEOLİBERAL SAĞLIK DÖNÜŞÜMÜ VE YOKSULLUKLA İLİŞKİSİ

***Ali Haydar Demirdaş*, Bülent Kılıç**
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç

Neoliberalizm, 1970lerden itibaren hâkim hale gelen; ekonomide sınırlı hükümet müdahalesi, serbest piyasa kapitalizmi, deregülasyon ve sosyal güvenlik ağlarının azaltılmasını savunan ekonomik ve politik bir yaklaşımdır. İkinci Dünya Savaşı sonrasındaki refah devleti politikalarına ve Keynesyen uygulamalara karşı bir tepki olarak ortaya çıkmıştır.[1] Neoliberalizmde sağlık, tipik bir hizmet veya meta olarak ele alınır.[2] Bu yaklaşım, hastaları "müşteri "ye, sağlık kuruluşlarını ise "işletme "ye dönüşmesine yol açar.[3] Sağlık sektörü de, sermaye birikim süreci için yeni bir değerlenme alanı haline evrilme açısından uygun bir sektör haline gelmiştir.[4]

Devletlerin rolü, hizmet sunuculuğundan piyasa düzenleyici ve denetleyici bir konuma evrilmiş tam istihdam hedefi ortadan kaldırılarak, geçici veya kısmi süreli çalışma teşvik edilmiştir. Atipik istihdamın sağlık üzerine etkileri hakkında 26 ülkede yapılmış toplam 50 araştırmanın bulgularının incelendiği bir çalışmada geçici veya kısmi süreli şekillerde istihdam edilmenin çok sayıda hastalığın nedenleri arasında olduğu, fiziksel ve zihinsel sağlığı negatif yönde etkilediği sonucuna varılmıştır.[5] [6]Neoliberal ideoloji, sağlıksızlığın sorumluluğunu bireysel yaşam tarzı faktörlerine yükleyerek, dikkati hastalıkların ardındaki toplumsal, ekonomik ve çevresel faktörlerden uzaklaştırmaktadır. Sağlıklı kalma, bireyci yaklaşımın bir ürünü olarak kişinin sırtına yüklenir.[7]

1990'ların başından itibaren pek çok ülkede uygulanan sağlık reformları neoliberal yaklaşımlar içermekle beraber birbirine son derece benzeyen paketler halinde yayılmıştır.[6] Bu dönüşümlerin temel hedefleri şunlardır:

• Sağlıkta kamu harcamalarının kısıtlanması ve özelleştirilmesi.

• Sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması.

• Biyomedikal modelin öne çıkarılarak sağlığın sosyal boyutunun ihmal edilmesi[8]

Neoliberal politikaların sağlık sistemleri üzerindeki etkisi, ülkelerin sosyal ve ekonomik yapılarına göre farklı sonuçlar doğurmuştur. Örneğin, neoliberal sağlık politikaların ilk uygulandığı ülkelerden biri olan Şili, sağlık sisteminde kamu ve özel sigorta ayrımı daha yüksek gelire sahip olanların özel sigortayı tercih etmesine olanak tanırken, yoksul ve dezavantajlı kesimlerin yetersiz kaynaklara sahip kamu sistemine mahkûm bırakmaktadır.[9] IMF ve Dünya Bankası'nın daha çok gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelere önerdiği yapısal uyum programlarının sağlık üzerindeki etkileri hakkında yapılan 76 çalışmanın sadece %8'i olumlu sonuçlar ortaya koymuştur.[6]

Türkiye'de neoliberalizm ve Sağlıkta Dönüşüm Programı arasındaki ilişki, 1980 sonrası dönemde başlayan köklü siyasi ve ekonomik değişimlerin sağlık politikalarına yansıması olarak ele alınabilir.[10] 1990'lı yıllarda tasarlanan reformlar, 2000'li yıllarda Dünya Bankası'nın finansal desteği ve yönlendirmeleriyle "Sağlıkta Dönüşüm Programı" çerçevesinde uygulanmaya başlamıştır. Program, Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gibi uluslararası kuruluşların yakın takibi ve desteği altında gerçekleştirilmiştir.[11]

Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrasında sağlık finansmanında sosyal güvenlik ağırlıklı olmakla birlikte, cepten sağlık harcamalarının da artma eğiliminde olduğu bir yapı ortaya çıkmıştır.[10]

Türkiye'de GSS kapsamındaki sağlık hizmetlerinde muayene katılım bedeli, ilaç katılım bedeli, tıbbi malzeme katılım bedeli gibi çok çeşitli katılım payı kalemleri mevcuttur. Bu katılım payları, sağlık primi ödemenin hizmet almak için yeterli olmaması anlamına gelmektedir.[12] 2003-2015 dönemini kapsayan bir çalışma, kamu sağlık finansman sistemi reformlarına rağmen, cepten yapılan sağlık harcamalarının dağılımındaki eşitsizliklerin arttığını göstermiştir. Bu harcamaların yükü, artan bir şekilde yoksul nüfus ve hassas gruplar tarafından üstlenilmektedir.[13] 2007-2014 döneminde en düşük gelir grubunda olanların muayene/tedavi harcamalarının "çok yük getirdiğini" belirtenlerin oranı %8,6 iken, en yüksek gelir grubunda bu oran %5,5 olarak kaydedilmişti.[10] Sağlık halinin bozulması, yoksul bireyleri tedavi masrafları ve gelir düşüşü nedeniyle daha da yoksullaştırabilmektedir. Reformlar, özellikle orta ve düşük gelir grupları üzerindeki finansal yükü önemli ölçüde artırmış ve cepten yapılan harcamalar nedeniyle yoksulluğa ve ekonomik eşitsizliklere yol açmıştır.[14] Bu durum yoksulluk ile sağlıksızlık arasındaki kısır döngüyü derinleştirmektedir.[15]

Bu çalışmanın amacı, neoliberal politikaların sağlık alanındaki yansımalarını politika analizi ile inceleyerek Türkiye'de 2000'li yıllardan itibaren uygulanmaya başlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın sağlık sistemine, sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliklere ve sağlık hakkının toplumsal niteliğine olan etkilerini değerlendirmektir.

Yöntem

Bu çalışmada, Türkiye'deki neoliberal sağlık reformu politika analizi yöntemi ile analiz edilmiştir.

Sağlık politikaları alanında yaygın olarak kullanılan Gill Walt'un politika analizi modelini çerçeve olarak kullanılmaktadır.[16] Bu model, bir sağlık politikasını dört temel boyutta inceler:

- İçerik: Politikanın neyi kapsadığı, hedefleri ve araçları.
- Bağlam: Politikanın geliştirildiği ekonomik, politik ve sosyal koşullar.
- Aktörler: Politika sürecinde yer alan ve politikadan etkilenen bireyler, kurumlar ve gruplar.
- Süreç: Politikanın gündeme gelme, hazırlanması ve değerlendirme aşamaları.

Bu dört boyutlu çerçeve, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın neden ve nasıl ortaya çıktığını, hangi aktörlerin çıkarlarına hizmet ettiğini ve yoksulluk üzerindeki etkilerinin hangi mekanizmalarla şekillendiğini çok boyutlu bir şekilde anlamamızı sağlayacaktır. Analizin bulguları, bu dört başlık altında sunulacaktır.

Bulgular

1. İçerik: Türkiye'de Sağlıkta Neoliberal Dönüşümün Temel Göstergeleri

Türkiye'deki neoliberal sağlık dönüşümünün önemli bir basamağı Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)'dır. Program, 2003 yılından itibaren başlayarak sağlık sisteminin tüm katmanlarında köklü değişiklikler içermektedir. SDP, sağlık hizmetlerinin finansmanından sunumuna, kurumsal örgütlenmeden insan kaynakları ve ücretlendirme biçimlerine kadar geniş bir yelpazeyi yeniden yapılandırmayı içermektedir.[17] Sağlıkta dönüşüm programının temel hedefleri şöyle belirtilmiştir:

1- Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı

2- Herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası

3- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi

a. Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği

b. Erkili, kademeli sevk zinciri

c. İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri

4- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü

5- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları

6- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetler için kalite ve akreditasyon

7- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma

8- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık bilgi sistemi.[18]

Sağlık bakanlığı bu hedefleri gerçekleştirmek için bir dizi mekanizma devreye sokmuştur, temel mekanizmalar finansmandaki ve hizmet sunumundaki dönüşümdür:

a. Sağlık Finansmanında Dönüşüm

Finansman Sağlayan ve Hizmet Sunan Kuruluşların Ayrıştırılması: Finansman sağlayan ve hizmet sunan kuruluşların ayrıştırılarak sağlık finansmanının tek çatı altında toplanması ve finansman sağlayan (SGK) ile hizmet sunan kuruluşların ayrıştırılması gerçekleştirilmiştir.12 Parçalı yapıda olan sosyal güvenlik sistemi (Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur, Yeşil Kart) Genel Sağlık sigortası (GSS) altında birleştirilmiştir.

Genel Sağlık Sigortası (GSS) ve Prim Sistemi:1 Ekim 2008'den itibaren GSS, prim esasına dayalı zorunlu bir sağlık sigortası sistemi olarak tasarlanmıştır. Çalışanlar aylık ücretlerinin %12,5'ini GSS primi olarak ödemek zorundaydılar. Primlerini kendileri yatıranlar için bu oran aylık gelirlerinin %12'siydi.[19]

Katılım Payları ve Cepten Ödemeler: Sağlık hizmetlerine erişim için çok çeşitli katılım payı kalemleri getirilmiştir, bunlar: muayene katılım bedeli, ilaç katılım bedeli ve ilaç fark ücreti gibi sayısı 10'u geçen kalemlerdir. Bu durum, sigorta primini ödemenin sağlık hizmeti almak için yeterli olmaması anlamına gelmektedir. Bu sınırların dışında kalan sağlık hizmetleri için özel sağlık sigorta şirketlerinin ürettiği "tamamlayıcı sağlık sigortaları" ortaya çıkmıştır.[12]

Özel Sektör Finansmanının Teşviki: Sosyal güvenlik sistemi (SGK) üzerinden özel sağlık kuruluşlarının finansmanı desteklenmeye başlandı. 2008 yılında SGK, özel hastanelerin hastalara SGK tarafından karşılanan hizmet fiyatlarının yüzde 30'una kadar fatura kesmesine izin verirken, bu oran 2010 yılında yüzde 70'e, 2012 yılında yüzde 90'a ve 2013 yılında yüzde 200'e çıkmıştır. 2019 yılı verilerine göre, müracaat başına SGK'ye ortalama hasta maliyeti ikinci basamak devlet hastanelerinde 51,9 TL iken özel hastanelerde 126,0 TL'dir.[19]

b. Hizmet Sunumunda Dönüşüm

Birinci Basamakta Aile Hekimliğine Geçiş: 2004 yılında çıkartılan Aile Hekimliği Kanun'u ile 2009 yılında bölge tabanlı sağlık ocakları tamamen kapatılarak yerine liste tabanlı aile hekimliği uygulama modeline geçilmiştir. Aile hekimliği uygulamasıyla toplumun bütününe hitap edecek bir birinci basamak amaçlanmıştır. 20 Bu sistemde aile hekimliği birimleri, bireye yönelik ayaktan sağlık hizmetine odaklanmış bir hizmet modeli sunmuştur. Bu modelde koruyucu sağlık hizmetleri aile hekimleri ve toplum sağlığı merkezleri arasında bölünmüş durumdadır.[21, 11]

Sözleşmeli Çalışma: Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları sözleşmeli statüde çalışanlar haline getirilmiştir. Yönetmelikle beraber aile hekimleri aynı zamanda işveren statüsüne evrilmişlerdir.[22] Aile hekimleri hizmet verdikleri binaları kamudan kiralamak durumunda kaldı ve kamu binası bulunmayan durumlarda birçok yerde özel binalar kiralandı.[21]

Hastanelerin Özerk İşletmelere Dönüşümü: 2011'de 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK ile hastaneler, idari ve mali özerkliğe sahip işletmeler olarak işlev gören yapılara dönüştürülmesi hedeflenmiştir. Bu hedef doğrultusunda Kamu Hastane Birlikleri (KHB) kurulmuş, ancak bu yapı daha sonra kaldırılmıştır. 2017'ye gelindiğinde bu uygu-lamanın çok başlılığa neden olduğu ve verimi düşürdüğü öne sürülerek iptaline karar verildi.[19]

Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi: Kamu hastanelerinde döner sermaye bütçesinden karşılanan, hizmet başına ödeme tabanlı performansa dayalı ek ödeme sistemi uygulanmaya başlanmıştır. TTB Etik Kurulu tarafından 2009'da yürütülen bir araştırmaya göre, performansa dayalı ücretlendirme nedeniyle, katılımcıların %81,1'i çalışanlar arası rekabetin, %56,1'i mesleksel dayanışmanın azaldığını, %96'sı ise uygulamanın dürüst çalışmayı azalttığını belirtmiştir.[23]

Kamu-Özel Ortaklığı (KÖO) ve Şehir Hastaneleri: KÖO Modeli yap-işlet-devret modeli mantığına göre düzenlenmiştir. SDP içeriğinde olmayan bu program sonradan yürürlüğe konmuştur. Manisa'daki şehir hastanesi yatırımının toplam tutarı 122 milyon 788 bin 993 TL olarak hesaplanmışken yıllık kira bedeli 64,25 milyon TL olarak belirlenmişti. Yani iki yıllık kira bedeli yatırım tutarıyla aynı miktara denk düşmektedir.[19] Bugün itibariyle yapılan 24 şehir hastanesinin çoğunluğunu 5 şirket işletmektedir. Bu şirketlerin hiçbirinin de sağlık alanında tecrübesi bulunmamaktadır.[24]

Taşeronlaştırma: Laboratuvar hizmetleri gibi asli tıbbi hizmetlerinde aralarında yer aldığı bazı hizmetler için taşeron şirketler eliyle hizmetlerin yürütülmesi uygulamaları zaman içinde artmıştır.

2.Aktörler: Türkiye'de Sağlıkta Neoliberal Dönüşümün Aktörleri

Türkiye'deki neoliberal sağlık dönüşümü ve yoksulluğun temel aktörleri şunlardır:

- Siyasi İktidar
- Sağlık Bakanlığı
- SGK
- Yasama, Yürütme ve Yargı Kurumları
- Özel Sağlık Sektörü ve Sermaye Grupları (İnşaat ve Altyapı Şirketleri)
- Sağlık Meslek Örgütleri ve Sendikalar
- Üniversiteler
- Siyasi Partiler
- Dünya Bankası (DB) ve Uluslararası Para Fonu (IMF)
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)

3.Bağlam: Türkiye'de sağlıkta neoliberal dönüşüm politikaları arka planı

Ekonomik bağlam: Neoliberal sağlık dönüşümü, küresel ekonominin yapısal sorunlarına ve buna paralel olarak Türkiye'nin izlediği yeni ekonomi politikalarına dayanmaktadır. 1970'lerde gerçekleşen bir dizi krizle beraber neoliberal ekonomi düzeni dünyada hâkim hale geldi. Türkiye'de de bu süreç 24 Ocak 1980'de alınan kararlarla kendini gösterdi. Bu kararlar kamu harcamalarının sınırlandırılması, serbest döviz kuruna geçilmesi, devletin ekonomideki payının küçültülmesi, kamu sübvansiyonlarının kaldırılması ve dış ticaretin serbestleştirilmesi gibi kararları içeriyordu.[8, 10]

DB, 1980'lerin başından itibaren küresel bir "sağlık krizi" tanımlayarak, çözüm olarak "sağlıkta reform programını sundu. DB, 2002'de yayımladığı bir raporda Sağlık Bakanlığı'nın işlevlerini sadece politika hazırlamak ve denetlemekle sınırlayan ve hastaneleri özerk işletmelere dönüştürmeyi hedefleyen bir reform çerçevesi çizdi.[25] Bununla beraber SDP, IMF ile Türkiye arasında gerçekleştirilen 19. stand-by anlaşmalarının da önemli koşulları arasında yer aldı.[26]

Türkiye'nin toplam sağlık harcamalarının GSYİH'deki payı, OECD ortalamalarının (2002'de %5,1) oldukça gerisindeydi ve bu durum sağlık reformu uygulamalarına sebep gösterildi.8 Politik bağlam: 1980 askeri

darbesi, 24 Ocak kararlarının uygulanmasını mümkün kılarak, neoliberal politikaların kök salmasını sağladı. 1982 anayasası pek çok bakımdan otoriter iken; sağlık alanında liberal yaklaşımlar barındırmaktadır. 1961 Anayasası devlete doğrudan sağlık hizmeti sunma ve tıbbi bakım sağlama sorumluluğu yüklerken, 1982 Anayasası bu sorumluluğu yalnızca "planlama ve düzenleme" ile sınırladı.[10]

1990'lı yıllar boyunca, DYP, SHP, RP, ANAP, DSP ve MHP gibi partilerin yer aldığı koalisyon hükümetleri, Genel Sağlık Sigortası (GSS) ve hastane özerkleştirmesi gibi reform tasarılarını hazırlamış ancak siyasi istikrarsızlık nedeniyle bunları uygulamaya geçirememiştir. AKP'nin tek parti iktidarı, daha önceki hükümetler tarafından gerçekleştirilemeyen neoliberal sağlık reformlarının (SDP) hayata geçirilmesi için avantaj sağladı.

Sosyal ve İdeolojik Bağlam: SDP öncesinde sağlık sistemi, sosyal güvence kapsamı dışındaki nüfusun sağlık hizmetlerinden faydalanamadığı parçalı bir yapıdaydı. Bu durum, reformların başlangıçta toplumsal memnuniyeti artırma iddiasını destekleyecek bir zemin yarattı.[24]

Neoliberal ideoloji, sağlık ve yoksulluk gibi sosyal sorunların sorumluluğunu bireye yükleyerek, devletin sosyal koruma hizmetlerinden çekilmesini ve bireylerin kendi sağlıklarını bir "yaşam projesi" olarak görmesini meşrulaştırdı. Yoksulluğun ve sağlıksızlığın nedeni toplumsal/yapısal sebeplerden değil, bireysel faktörlere bağlandı.[28]

4.Süreç: Neoliberal Politikalar Nasıl İşliyor

Neoliberal sağlık reformlarının gündeme gelmesi, yukarıda belirtildiği gibi 1970'lerde yaşanan küresel kapitalist yapısal krizle ve bu krizin çözümü için sermaye gruplarının yeni birikim alanları aramasıyla ilişkilidir. 24 Ocak 1980 kararları ve 12 Eylül askeri darbesi, neoliberal politikaların sağlık alanındaki yansımalarının köklerini oluşturmuştur.[15]

Neoliberal reformların tasarlanma süreci, 1986'da Dünya Bankası'na yaptırılan "Türkiye Sağlık Sektörü Araştırması" ve 1990'da Price Waterhouse'a yaptırılan "Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü Mevcut Durumu Raporu" ile başlamıştır. 90'lı yıllarda yürürlüğe giremeyen reform çalışmaları, AKP'nin 2002 sonrası iktidarı döneminde, Dünya Bankası'nn mali ve teknik desteği ile hızla hayata geçirilmiştir. Programın uygulanması, değişikliklere karşı organize bir karşı çıkış olamadan hızlı bir şekilde gerçekleştirilmiştir.[29]

Sonuç ve Öneriler

Türkiye'de sağlıkta neoliberal dönüşüm, özellikle Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) aracılığıyla hayata geçirilmiş; bu dönüşüm sağlık sisteminin yapısını, finansman mekanizmalarını ve hizmet sunum biçimini köklü biçimde değiştirmiştir. Türkiye'de sağlıkta neoliberal dönüşüm birçok tartışmaya yol açmıştır.

Rıfat Altun ve eski sağlık bakanı Recep Akdağ'ın da yazarları arasında bulunduğu Lancet'te yayınlanan bir makaleye göre SDP, Evrensel sağlık kapsamını ve hakkaniyeti artıran, hasta merkezli bir dönüşüm olarak tanımlanmaktadır. Genel Sağlık Sigortası (GSS) şemsiyesi altında beş farklı sigorta sistemini birleştirerek tüm vatandaşlar için sigorta kapsamı genişletilmiştir. Yoksullar için sigorta kapsamındaki artış daha hızlı olmuştur %2003'te en yoksul %10'un %24'ü sigortalıyken, 2011'de bu oran %85'e ulaşmıştır. SDP ile beraber anne ölüm oranı, beş yaş altı, bebek ve yenidoğan ölüm oranları büyük ölçüde azalmıştır. Haydar Sur, bu başarıların "emsalsiz" olabileceğini ve sağlık hizmetlerini en yoksul kesimlere ulaştırma sayesinde gerçekleştiğini belirtmiştir. Sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet, programın başlangıcı olan 2003'teki %39,5'ten 2011'de %75,9'a yükselerek önemli ölçüde artmıştır.[32] Kamu sektörü finansmanı, toplam sağlık harcamalarının %63,0'ünden (2000) %75,2'sine (2010) yükselmiştir.[33] Performansa dayalı ödeme sistemi sayesinde, bildirilmiş hekim başına düşen muayene sayısında büyük artışlar olduğu ve hekim üretkenliğinin yükseldiği görülmüştür.[32]

Sağlık Bakanlığı yetkililerinin ve yakın akademisyenlerin sağlıkta dönüşüm programını bir başarı öyküsü olarak uluslararası literatürde tanıtma çabası üzerine birçok kişi ve kuruluştan eleştiri gelmiştir. BMJ'de yayınlanan Baris ve arkadaşlarının makalesine cevaben Yavuz ve Ocek'e göre SDP'nin temel hedefi, sağlık hizmetlerini

özelleştirmek ve piyasa koşullarına açmaktır. TTB, SDP ile gelen Performansa Dayalı Ödeme sistemine karşı çıkarak bu kalemin hekimler için teşvik değil, ana maaş haline geldiğini; hastalık, gebelik ve tatil izni sırasında ödenmediğini ve emeklilik kalemine dahil edilmediğini belirtmiştir. Hekimlerin kâr güdüsüyle hareket etmeye zorlanması, meslek etiğini aşındırmış ve invaziv işlemlerin, tanı testlerinin sayısını hasta sayısıyla orantısız şekilde artmasına yol açmıştır.[29] Eleştirmenler, SDP'nin evrensel kapsayıcılık hedefine ulaşmadığını belirtmiştir. GSS, herkesin gelirine göre uyarlanmamıştır ve yoksulları korumakta yetersiz kalmaktadır.[29] Kılıç'a göre cepten sağlık harcamalarının iddia edilenin aksine 2003-2009 yılları arasında toplam sağlık harcamaları içindeki payı %16'dan %26'ya yükselmiştir. SDP ile gelen aile hekimliği sisteminin bireysel ve toplumsal düzeydeki koruyucu sağlık hizmetlerini ayırdığını ve bunun uygulamada zorluklara neden olduğu belirtilmiştir.[34] Bebek ölüm oranlarındaki düşüşün SDP'nin başarısı olarak sunulması eleştirilmiş; bu düşüşün SDP öncesindeki 80 yıllık çabaların etkisi, genel trend veya ulaşım/teknoloji gelişiminin sonucu olduğu savunulmuştur. Bazı eleştirmenler, SDP sonrasında mutlak değişim hesaplandığında bebek ölüm hızındaki düşüşün yavaşladığını iddia etmiştir.[34, 35] Öztürk'e göre SDP'nin asıl kazananı, kamu kaynaklarının GSS fonları aracılığıyla aktarıldığı özel hastane patronları ve sermaye grupları olmuştur.

OECD ve Dünya Bankası'nın incelemeleri, SDP'nin başarısını kabul etmekle birlikte, uzun vadede sağlığın iyileştirilmesi için tek başına sağlık sisteminin dönüşümünün yeterli olmayacağına, mali sürdürülebilirliğinin göz önüne alınmasına ve sevk olmadan hastaneye yapılan başvurularda katkı payı ödemesi alınması gibi önerilerde bulunmaktadır.[32]

Bu çalışmanın amaçlarından biri sağlıkta neoliberal dönüşümün yarattığı finansal yük ve eşitsizlikleri derinleştirmesi üzerinden yoksulluğu tartışmaktır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile cepten yapılan sağlık harcamalarının artışının yoksul kesimleri daha çok etkilediği görülmektedir. Sağlık hizmetine erişmek için prim ödemenin yeterli olmadığı görülmektedir. Sağlık, sadece biyolojik faktörler veya sağlık sistemlerinin yapısıyla değil, aynı zamanda barınma, çalışma, gelir, beslenme koşulları gibi çok sayıda ekonomik ve sosyal faktör tarafından da şekillenmektedir. Neoliberal yapılanma beraberinde işsizliği doğurmakta, işsizlik yoksulluğu doğurmaktadır.

DSÖ'ye göre bugün yoksulluk dünyada hastalık ve ölümlerin en büyük nedenidir. Yapılan bir çalışmaya göre en yoksul olanların iskemik kalp hastalığına veya akciğer kanserine bağlı ölüm oranları, en zengin olanların iki katından daha fazladır. Neoliberal sağlık söylemi sağlığın bozulmasının sorumluluğunu bireye yüklemektedir. Bu yaklaşım sağlığın ardındaki yoksulluk, işsizlik ve çevre kirliliği gibi bireyin kontrolünün ötesindeki yapısal faktörleri göz ardı etmektedir. Sağlık hizmetleri neoliberal bakış açısında "hak" olmaktan çıkmış diğer her şey gibi bir "meta" halini almıştır. Alınıp satılabilen bir meta olarak algılanan sağlık hizmeti kavramının Türkiye'de trajik bir sonucu olarak yenidoğan çetesi olayı çok önemli bir örnektir. Her sektörde hakimiyetini arttıran neoliberal politikalar sadece sağlık sistemi üzerinden insanları kötü etkilememekte. İzmir Selçuk'ta soba zehirlenmesi sonucu ölen 5 çocuk sosyal devlet politikasından uzaklaşmayla beraber artan bir yoksulluğun sonucudur.

Sonuç olarak, Türkiye'deki neoliberal sağlık reformları, kısa vadede bazı iyileşmeler sağlarken uzun vadede toplumsal eşitsizlikleri derinleştiren, yoksullukla sağlık arasındaki bağı güçlendiren bir etki yaratmıştır. Sağlık politikalarının geleceği açısından, sağlık hizmetinin bir meta değil, evrensel bir insan hakkı olarak yeniden ele alınması gerekliliği açık biçimde ortadadır.

Kaynaklar

1. *Mataria WA, Chun S. Global Health in the Grip of Neoliberalism: A Combined Retrospective Comparative Stages Heuristic Policy Analysis. Medical Research Archives [Internet]. 29 Kasım 2024 [a.yer 13 Ekim 2025];12(11). Erişim adresi: https://esmed.org/MRA/mra/article/view/5843*

2. *Rotarou ES, Sakellariou D. Neoliberal reforms in health systems and the construction of long-lasting inequalities in health care: A case study from Chile. Health Policy. 01 Mayıs 2017;121(5):495-503.*

3. *Diktaş Yerli G. Neoliberal Dönüşüm Bağlamında Türkiye Sağlık Sistemi. Içinde: SOSYAL, İNSAN VE İDARİ BİLİMLERDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR 2. 2023.*

4. Zencir M. YENİ DEĞERLENME ALANI OLARAK SAĞLIK HİZMETLERİNİN SERMAYELEŞMESİ. TTB Toplum ve Hekim. 2021;36(1):35-46.
5. Ozluk D. Neoliberal Agendas and Global Health Policy: A Political Perspective. Proceedings of The International Conference on New Findings in Humanities and Social Sciences. 20 Şubat 2025;2(1):12-9.
6. Gönç T. Neoliberal Politikaların Küresel Düzeyde Sağlık Üzerindeki Etkileri. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2017;17(1):159-78.
7. Akgün CN. Sağlıkta Dönüşüm ve Direnme Pratikleri: Tuzluçayır Halk Sağlığı Günleri. Kİ. 26 Mart 2020;23(1)(45):33-57.
8. Alptekin U. Türkiye sağlık sisteminin yeniden yapılandırılması: neoliberal politikaların etkileri. MARMARA ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ İKTİSAT ANABİLİM DALI İKTİSAT TEORİSİ BİLİM DALI; 2019.
9. Sakellariou D, Rotarou ES. The effects of neoliberal policies on access to healthcare for people with disabilities. International Journal for Equity in Health. 15 Kasım 2017;16(1):199.
10. Tüzün H. 1980 SONRASI SAĞLIK POLİTİKALARINDA NEOLİBERAL FİİL ÇEKİMLERİ: PİYASALAŞMA VE DESANTRALİZASYON. TTB Toplum ve Hekim. 2024;39(2).
11. Pala K. AKP'Lİ YILLARDA SAĞLIK BAKANLIĞI. TTB Toplum ve Hekim. 38(2):126-32.
12. Hamzaoğlu O. AKP'Lİ YILLARDA SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNASMANI: NEOLİBERAL KAMU SAĞLIK SİGORTASI MODELİ. TTB Toplum ve Hekim. 38(3):174-84.
13. Cinaroglu S. Poverty effects of public health reforms in Turkey: A focus on out-of-pocket payments. J Eval Clin Pract. Şubat 2021;27(1):53-61.
14. Dedeoğlu N. Sağlık ve yoksulluk. TTB Toplum ve Hekim. 2004;19(1):51-3.
15. Konuralp E, Bicer S. Putting the Neoliberal Transformation of Turkish Healthcare System and Its Problems into a Historical Perspective. Review of Radical Political Economics. 01 Aralık 2021;53(4):654-74.
16. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health Policy Plan. 1994;9(4):353-70.
17. Kockaya G, Oguzhan G, Çalşkan Z. Changes in Catastrophic Health Expenditures Depending on Health Policies in Turkey. Front Public Health [Internet]. 07 Ocak 2021 [a.yer 20 Ekim 2025];8. Erişim adresi: https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2020.614449/full
18. Sağlık Bakanlığı. Nereden Nereye: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Kasım 2002- Haziran 2007. 2007.
19. Öztürk Osman. SAĞLIK "REFORMU" : NEREDEN NEREYE? TTB Toplum ve Hekim. 2017;32(6):403-9.
20. Aka A. NEOLİBERAL DÖNÜŞÜMÜN SAĞLIKTAKİ İZDÜŞÜMLERİ: TEMEL SAĞLIK AKTÖRLERİNCE BU İZDÜŞÜMLERİN ALGILANMA BİÇİMLERİ. Toplum ve Sosyal Hizmet. 15 Nisan 2012;23(1):131-48.
21. TTB. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI ÇÖKTÜ AİLE HEKİMLİĞİ: NE DEDİLER, NE OLDU? TTB Toplum ve Hekim. 2018;33(6):470-2.
22. AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMA YÖNETMELİĞİ [İnternet]. 2013. Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr mevzuat?MevzuatNo=17051&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5
23. Canıvar C. Sağlık Emek Süreci ve Yalın Sağlık 2. Aile Hekimleri Buluşması, 22-24 Şubat 2019, Eylül. İçinde: Türk Tabipleri Birliği Yayınları. 2019.
24. Öztürk O. SAĞLIK "REFORMU": KAZANANLAR KAYBEDENLER. TTB Toplum ve Hekim. 2023;38(4):268-76.
25. Dünya Bankası. Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar. 2002.
26. Hamzaoğlu O, Öztürk O. AKP'Lİ 20 YILIN BİLANÇOSU. TTB Toplum ve Hekim. 2023;38(2):83-4.
27. Venkateswaran S, Singh AKS. Health System in Turkey: Reforms, Transformation and Challenges. 2022.
28. Akgün CN. Sağlıkta Dönüşüm ve Direnme Pratikleri: Tuzluçayır Halk Sağlığı Günleri. Kİ. 26 Mart 2020;23(1)(45):33-57.
29. Civaner MM, Azap A, Pala K, Akalın A, Aksakoğlu G, Aksu FT, vd. "The Lancet" sağlıkta dönüşüm programı'nın 'başarılarını' Dünyaya pazarlıyor. 2013 [a.yer 25 Ekim 2025]; Erişim adresi: https://app.trdizin.gov.tr/makale/TVRVM09EWTJOZz09
30. Atun R, Aydın S, Chakraborty S, Sümer S, Aran M, Gürol I, vd. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. The Lancet. 06 Temmuz 2013;382(9886):65-99.
31. Sur H. Revisiting and updating progress in child and maternal mortality in Turkey. 2011 [a.yer 25 Ekim 2025]; Erişim adresi: https://www.bmj.com/rapid-response/2011/11/03/revisiting-and-updating-progress-child-and-maternal-mortality-turkey
32. OECD, Dünya Bankası. OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri TÜRKİYE. 2008.
33. Atun R. Transforming Turkey's Health System--Lessons for Universal Coverage. N Engl J Med. Ekim 2015;373(14):1285-9.
34. Kılıç B. Sağlıkta Dönüşüm Programının evrensel kapsayıcılık ve eşitlik iddiaları üzerine bir eleştiri. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. 2013;(28).
35. Yazıcı H. Sağlıkta dönüşümün talihsiz bir savunması" başlıklı yazıma gelen eleştirilere cevap. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. 2014;

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S166]
SAĞLIKLI HAYAT MERKEZİ HİZMETLERİNİN KULLANICI PERSPEKTİFİNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ: KESİTSEL BİR ARAŞTIRMA

Kerem Arısın[1], Zeynep Tüzün[1], Mehmet Akif Sezerol[2], Yusuf Çelik[3], Yusuf Baktır[4], Kezban Yavuz Emik[5], Seyhan Hıdıroğlu[1]
[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[3]Acıbadem Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü
[4]Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü
[5]İstanbul Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüğü

Giriş-Amaç

Birinci basamak sağlık hizmetleri, toplumun koruyucu sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştıran ve sağlıklı yaşam davranışlarını destekleyen temel sistemdir. Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM), sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak, sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek, birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve bu hizmetlere ulaşımı kolaylaştırmak amacıyla kurulmuştur. SHM'lerin toplumda kabulü hizmetin varlığıyla birlikte bireylerin bu hizmeti nasıl değerlendirdiği, memnuniyet düzeyi ve hizmeti sürdürme isteğiyle de yakından ilişkilidir. Bu çalışma, SHM'den hizmet alan bireylerde erişilebilirlik, algılanan hizmet niteliği, memnuniyet, hizmeti sürdürme niyeti, önerme davranışı, cepten harcama ve hizmet için ödeme istekliliğini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç-Yöntem

Araştırma, 2025 yılı Ağustos–Eylül aylarında yürütülen kesitsel nitelikte bir çalışmadır. Araştırmanın çalışma grubunu, SHM'ye başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden, 18 yaşın üzerindeki ve Türkçe konuşup anlayabilen bireyler oluşturmuştur. Çalışma için ayrı bir örneklem büyüklüğü hesabı yapılmamış olup, SHM'ye başvuran tüm bireylerin araştırmaya dahil edilmesi hedeflenmiştir. Bu araştırma için İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nda onay alınmıştır. Veriler, yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanan yarı yapılandırılmış bir anket formu ile toplanmıştır. SHM'ye erişimi etkileyen faktörleri çok boyutlu biçimde değerlendirebilmek amacıyla Levesque ve arkadaşlarının geliştirdiği erişim modeli çerçevesinde yürütülmüştür. Formda sosyodemografik özellikler, SHM'den yararlanma durumu, algılanan hizmet kalitesi, memnuniyet, önerme ve hizmeti sürdürme niyeti, cepten harcama, gelir kaybı ve ödeme istekliliğine ilişkin sorular yer almıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerde; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ortanca, çeyrekler açıklığı,minimum maksimum olarak verilmiştir. Karşılaştırmalar Ki-Kare testi, Mann Whitney U testi yapılmıştır. Tüm istatistiksel analizlerde önemlilik değeri p<0,005 olarak Kabul edilmiştir.

Bulgular

Araştırmaya katılan 545 bireyin verileri değerlendirilmiştir. Katılımcıların %91,2'si kadın olup yaş ortancası 43'tür. Katılımcıların %39,1'i Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi hizmetlerinden, %27,7'si diyetisyen hizmetinden, %21,2'si Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi hizmetlerindeniy, %8,9'u ise psikolojik danışmanlık hizmetinden yararlandığını belirtmiştir. Katılımcıların %88,9'u SHM hizmetlerinden memnun ya da çok memnun olduğunu, %89,2'si bu hizmeti çevresine önereceğini, %83,8'i ise hizmeti sürdürmeyi planladığını ifade etmiştir. SHM'ye başvurmaları için yönlendirenlerin %79.2'si sağlık personeli olup %20.8'i sosyal çevreden yönlendirilmişlerdir. Ortanca ziyaret süresi 55 dakika, ortanca cepten harcama 54 TL'dir. Çalışan katılımcıların %5'i, SHM ziyareti nedeniyle gelir kaybı yaşadığını belirtmiştir. Gelir durumu memnuniyetle anlamlı biçimde ilişkili bulunmuş, gelir gider dengesi olumlu yönde arttıkça bireylerin memnuninyeti de daha fazla olmuştur(p=0,046). Sosyal güvencenin varlığı, SHM'yi kullanma eğilimini anlamlı düzeyde artırmıştır (p=0,009).

Sonuç ve Öneriler

Çalışma, SHM'lerin toplumda yüksek düzeyde memnuniyet, önerme ve hizmeti sürdürme isteği oluşturduğunu göstermekte; bu durum, hizmetlerin toplum tarafından değerli bulunduğuna işaret etmektedir. Cepten yapılan harcamalar düşüktür ve doğrudan gelir kaybı sınırlı düzeydedir. SHM'ler, birinci basamakta gelir eşitsizliğine bağlı olarak ortaya çıkan sağlığa erişim sorunlarının azaltılmasında önemli bir rol oynamaktadır. Bulgular, SHM'lerin özellikle düşük eğitim düzeyine sahip ve sosyal güvencesi sınırlı bireyler için sağlık hizmetlerine erişimde dengeleyici bir işlev üstlendiğini göstermektedir. Özellikle gelir düzeyi düşük veya sosyal güvencesi olmayan bireylerin SHM hizmetlerinden sürdürülebilir biçimde yararlanmalarını sağlamak, hem eşitsizlikleri azaltacak hem de toplum sağlığını önemli ölçüde koruyacaktır. SHM'lerin toplum nezdindeki bilinirliğini artırmak da bu yönde önemli bir adım olacaktır. Çalışmamızın tek merkezli yürütülmüş olması genellenebilirlik yönünden ve sadece SHM'ye başvurup görüşmeyi kabul edenlerle konuşulmuş olması seçim bias'ı açısından kısıtlılıklarımızdandır.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak, hizmeti sürdürme niyeti, memnuniyet, ödeme istekliliği, sağlıklı hayat merkezi

TAM METİN SÖZLÜ BİLDİRİ

[S167]
TÜRKİYE'DE ANTİMİKROBİYAL DİRENÇLE MÜCADELEDE TEK SAĞLIK YAKLAŞIMI: ULUSAL EYLEM PLANI ÇALIŞTAYI DENEYİMİ

***Gamze Ketrez*[1], *Fatma Sena Konyalıoğlu*[1], *Çağrı Emin Şahin*[1], *Muhammed Atak*[2]**
[1]*Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü*
[2]*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü*

Giriş-Amaç

Antimikrobiyal direnç (AMD) insan, hayvan ve çevre sağlığı üzerinde giderek artan olumsuz etkilere yol açarak, 21. yüzyılın en önemli küresel sağlık tehditlerinden biri hâline gelmiştir. Bakteriler, virüsler, mantarlar ve parazitler gibi mikroorganizmaların antimikrobiyal ajanlara karşı direnç kazanması, enfeksiyon hastalıklarının tedavisini giderek daha karmaşık ve çoğu durumda etkisiz hâle getiren ciddi bir halk sağlığı problemidir[1]. Dünya genelinde her yıl milyonlarca insanı etkileyen bu durum, yalnızca sağlık sistemlerinin etkinliğini değil, aynı zamanda gıda güvenliği, çevre kalitesi ve ekonomik sürdürülebilirliği de tehdit etmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) öncülüğünde yürütülen Küresel Antimikrobiyal Direnç ve Kullanım Gözetim Sistemi (GLASS) 2022 verilerine göre, dirençli mikroorganizmaların yayılımında ciddi bir artış gözlenmektedir. Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde tanı ve laboratuvar kapasitesinin yetersizliği, düzenli sürveyans altyapısının sınırlılığı ve antimikrobiyal ilaçların kontrolsüz kullanımı, direncin hızla yayılmasına katkıda bulunmaktadır[2]. Son otuz yılda yapılan epidemiyolojik analizler, 1990–2021 yılları arasında AMD'ye bağlı ölümlerin %8 arttığını; önümüzdeki otuz yılda ise bu oranın %70'e ulaşabileceğini göstermektedir. 2021 yılında 1,14 milyon ölüm bildirilmişken, gerekli önlemler alınmazsa bu sayının 2050'de 1,91 milyona ulaşacağı öngörülmektedir[3].

Türkiye, AMD açısından Avrupa'da yüksek direnç oranlarına sahip ülkelerden biridir. 2021 GLASS verilerine göre, Escherichia coli izolatlarında üçüncü kuşak sefalosporin direnci %50'yi aşarken, Klebsiella pneumoniae'de karbapenem direnci %50'nin üzerindedir[4]. Bu veriler, Türkiye'de antibiyotik direncinin halk sağlığı için öncelikli bir sorun olduğunu ve acil, çok paydaşlı müdahalelere ihtiyaç duyulduğunu ortaya koymaktadır. DSÖ, 2014 yılında yayımladığı raporlarla AMD'nin küresel boyutunu ortaya koymuş ve sistematik müdahale gerekliliğini vurgulamıştır. 2015'te kabul edilen "Antimikrobiyal Direnç Küresel Eylem Planı", beş temel hedef belirlemiştir: 1) eğitim ve farkındalık, 2) sürveyans ve araştırmalarla bilgi altyapısı oluşturma, 3) enfeksiyon kontrolünün güçlendirilmesi, 4) insan ve hayvan sağlığında antimikrobiyal ilaç kullanımının optimize edilmesi, 5) yeni antimikrobiyal ilaçlar, aşılar ve tanı araçlarını destekleyen ekonomik modellerin oluşturulması[5].

AMD'nin yalnızca sağlık sektörü değil, ekosistemleri de etkilediğinin anlaşılmasıyla Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü (FAO), Birleşmiş Milletler Çevre Programı (UNEP), Dünya Hayvan Sağlığı Örgütü (WOAH) ve DSÖ, "Tek Sağlık Ortak Eylem Planı"nı geliştirmiştir. Bu plan, insan, hayvan, bitki ve çevre sağlığının kesişimindeki riskleri azaltmayı ve gelecekteki pandemilere hazırlıklı sistemler oluşturmayı hedeflemektedir[6].

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nun 26 Eylül 2024'teki 79. Yüksek Düzeyli AMD Toplantısı'nda 193 üye devlet, 2030 yılına kadar bakteriyel AMD'ye bağlı ölümlerin %10 azaltılmasını hedefleyen bildirgeyi kabul etmiştir. Bildirge, sağlık, tarım, gıda ve çevre sistemleri arasındaki karşılıklı bağımlılığı tanıyarak Tek Sağlık yaklaşımını küresel politika eksenine taşımaktadır[7].

DSÖ Avrupa Bölgesi'nin "Antimikrobiyal Direnç Yol Haritası (2023–2030)", ülkeler için stratejik bir rehber sunmakta; beş ana eylem alanı (enfeksiyon kontrolü, çevresel ve sosyal belirleyiciler, akılcı ilaç kullanımı, toplum farkındalığı, ilaç ve sağlık ürünlerine erişim) ve altı destekleyici unsur (yönetişim, mevzuat, laboratuvar kapasitesi, araştırma, izleme-değerlendirme, insan gücü geliştirme) tanımlamaktadır[8].

Türkiye, 2014 yılında Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı (2014–2017) ile AMD ile mücadelede önemli bir süreç başlatmıştır. TİTCK ve Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü koordinasyonunda yürütülen çalışmalar sonucunda akılcı antibiyotik kullanımı eğitimleri, ulusal izleme sistemleri ve uluslararası veri paylaşımı uygulamaları yaygınlaştırılmıştır. Türkiye, CAESAR ağı ve DSÖ Antimikrobiyal Tüketim Ağı aracılığıyla direnç ve tüketim verilerini düzenli olarak paylaşmaktadır[3].

Ancak, güncel, çok paydaşlı ve Tek Sağlık ilkeleriyle uyumlu ulusal bir eylem planının eksikliği, kaynakların bütüncül yönetimini ve çevresel faktörlerin izlenmesini sınırlamaktadır. Türkiye'nin insan, hayvan, gıda ve çevre sektörlerini kapsayan Tek Sağlık yaklaşımını benimseyerek bu eksiklikleri gidermesi büyük bir potansiyele sahiptir. 2024 BM Bildirgesi doğrultusunda, 2030 yılına kadar çok sektörlü ulusal eylem planlarının hayata geçirilmesi beklenmektedir[7].

Bu bağlamda, Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü tarafından koordine edilen Antimikrobiyal Direnç ile Mücadele Ulusal Eylem Planı Çalıştayı; AMD ile mücadele kapasitesini artırmayı, stratejik adımları ortak akılla belirlemeyi, Tek Sağlık yaklaşımını benimseyerek kurumlar arası iş birliğini sağlamayı ve DSÖ Avrupa Bölgesi Yol Haritası ile uyumlu bir ulusal eylem planı oluşturmayı hedeflemiştir.

Gereç-Yöntem

Çalıştay, Sağlık Bakanlığı, Tarım ve Orman Bakanlığı, Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı, tıp, veterinerlik, eczacılık, ziraat fakültelerinin olduğu akademik kurumlar, meslek örgütleri ve sivil toplum kuruluşları temsilcilerinin katılımıyla 28 Mayıs

2025 tarihinde Ankara'da toplam 120 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Çalıştay öncesinde belirlenen dokuz tematik eylem alanında dokuz çalışma grubu belirlenmiştir.

Bu tematik alanlar:

1) Paydaşlar arası koordinasyon ve iş birliğinin sağlanması

2) Ulusal direnç sürveyansının güçlendirilmesi

3) Antimikrobiyal tüketim sürveyansının güçlendirilmesi

4) Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik süreçlerin güçlendirilmesi

5) Antimikrobiyal yönetişim

6) Hayvan sağlığında antimikrobiyal kullanımı ve direnç sürveyansının güçlendirilmesi

7) Yeni ilaç, aşı ve hızlı tanı kiti geliştirme

8) Farkındalık artırma çalışmaları

9) Çevresel yayılımın azaltılması olarak belirlenmiştir.

Bu tematik alanların her biri bir hedef olarak belirlenmiştir. Her çalışma grubu kendi alanında strateji ve faaliyet önerileri geliştirmiştir. Grup raporları içerik analizi yöntemiyle incelenmiş; bulgular, DSÖ Avrupa Bölgesi Antimikrobiyal Direnç Yol Haritası (2023–2030) çerçevesine göre temalandırılmıştır. Bu yöntem, ulusal hedeflerin uluslararası göstergelerle uyumlu hale getirilmesini sağlamıştır.

Bulgular

Çalıştayda belirlenen 9 hedef, 30 strateji ve 213 faaliyet aşağıda özetlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. *Antimikrobiyal Direnç ile Mücadele Taslak Eylem Planında Olması Planlan Hedef, Strateji ve Faaliyet Sayısı*

Çalışma Grubu	Hedef Sayısı	Strateji Sayısı	Faaliyet Sayısı
1. Paydaşlar Arası Koordinasyon ve İş Birliğinin Sağlanması	1	2	9
2. Direnç Sürveyans Ağlarının Güçlendirilmesi	1	3	19
3. Antimikrobiyal Tüketim Sürveyansının Güçlendirilmesi	1	1	5
4. Enfeksiyon Önleme ve Kontrol	1	4	22
5. Antimikrobiyal Yönetişim	1	7	30
6. Hayvan Sağlığında Antimikrobiyal Kullanımı ve AMD Sürveyansının Güçlendirilmesi	1	6	45
7. Ar-Ge ve Yenilikçi Teknolojiler	1	3	28
8. Eğitim ve Farkındalık Çalışmaları	1	2	39
9. Çevresel Yayılımı Azaltmaya Yönelik Çalışmalar	1	2	16
Toplam	**9**	**30**	**213**



Resim 1. *Antimikrobiyal Direnç ile Mücadele Eylem Planı Çalıştayı Fotoğrafı*

Hedef 1 (Antimikrobiyal Direnç ile Mücadele Çalışmalarında Paydaşlar Arası Koordinasyon ve İş Birliğinin Sağlanması) kapsamında, antimikrobiyal direncin önlenmesi ve yayılımının engellenmesi amacıyla paydaşlar arası koordinasyonun güçlendirilmesi hedeflenmiştir. Bu doğrultuda, ulusal düzeyde çok paydaşlı bir yönetişim yapısının kurulması temel strateji olarak belirlenmiştir. Sağlık, Tarım ve Orman ile Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlıklarının katılımıyla Ulusal AMD Koordinasyon Kurulunun oluşturulması, bu kurula bağlı teknik kurulların kurulması ve il düzeyinde ilgili kurum temsilcilerinden oluşan AMD İl Kurullarının güçlendirilmesi planlanmaktadır. İnsan, gıda, çevre ve hayvancılık alanlarında elde edilen sürveyans verilerinin düzenli olarak paylaşılacağı toplantıların yapılması, üniversiteler, meslek örgütleri ve sivil toplumla bilgi paylaşımına yönelik bültenlerin yayımlanması ve kongrelerde özel oturumların düzenlenerek elde edilen geri bildirimlerin ulusal kurula iletilmesi öngörülmektedir.

İkinci strateji kapsamında ise, uluslararası kurum ve kuruluşlarla iş birliğinin geliştirilmesi hedeflenmiştir. Bu bağlamda, ulusal izleme ve sürveyans sistemlerinin uluslararası raporlama mekanizmalarına entegrasyonunun sürdürülmesi, çok paydaşlı yıllık değerlendirme toplantılarının uluslararası katılımlı olarak yapılması ve teknik kurul temsilcilerinin uluslararası toplantılara katılımının sağlanarak elde edilen bilgi ve deneyimlerin Ulusal AMD Koordinasyon Kurulu'yla paylaşılması planlanmıştır.

Hedef 2 (Uluslararası AMD Sürveyans Ağları ile uyumlu olacak şekilde AMD sürveyans verilerinin elde edilmesi ve sürdürülebilirliğin sağlanması (Ör. CAESAR, GLASS, ERLTB vb.) kapsamında, Türkiye'de antimikrobiyal direncin düzenli izlenmesi ve eğilimlerin takip edilebilmesi amacıyla ulusal sürveyans ağlarının güçlendirilmesi hedeflenmiştir. Mevcut insan sağlığına yönelik ağlar (UAMDS, UEPLA, TULSA) uluslararası standartlarla uyumlu hâle getirilecek ve kapsayıcılığı artırılacaktır. Ayrıca HIV ve Hepatit B antiviral direnç sürveyans ağlarının kurulması, toplum kökenli enfeksiyonlara ve sağlık hizmeti ilişkili dirençli patojenler ile bazı mantar türlerine yönelik yeni pilot ve sürveyans çalışmaları öngörülmektedir.

Ulusal verilerin CAESAR, GLASS ve ERLTB gibi uluslararası ağlarla uyumlu olarak toplanması ve raporlanması sağlanacak; entegre yazılım programlarıyla verilerin ortak analiz edilmesi planlanmaktadır. Mikrobiyoloji laboratuvarlarında tanı ve duyarlılık testlerinde uluslararası standartlara uyum, kalite güvencesi, laboratuvar altyapısının güçlendirilmesi ve yetkin personel istihdamının artırılması hedeflenmektedir.

Hedef 3 (Ulusal Antimikrobiyal Tüketim Sürveyansının Güçlendirilmesi) kapsamında, Türkiye'de antimikrobiyal tüketimin düzenli ve kapsamlı biçimde izlenmesi amaçlanmaktadır. İnsan sağlığı alanında ayaktan ve yatarak tedavi gören hastaların antimikrobiyal kullanımlarının, DSÖ'nün ATC/DDD metodolojisiyle ölçülmesi ve sonuçların periyodik olarak raporlanması planlanmaktadır. Hastanelerde yapay zekâ destekli veri toplama sistemlerinin kurulması, il bazlı verilerin birleştirilmesi ve standardize oranlarla karşılaştırmalı analizlerin yapılması öngörülmektedir. Reçete Bilgi Sistemi üzerinden hekimlerin reçeteleme alışkanlıklarının izlenmesi ve geri bildirim mekanizmalarının güçlendirilmesi hedeflenmektedir. Diş hekimlerinin reçeteleme davranışlarının raporlanması, belirlenen ulusal eşik değerlere göre değerlendirilmesi ve yüksek reçeteleme yapanlara yönelik performans geri bildirimlerinin yapılması planlanmaktadır. Elektronik reçeteleme sistemlerinin tüm sağlık kuruluşlarında zorunlu hale getirilmesi, eczanelerde tam formatta yazılmayan ilaçların da sisteme dahil edilmesi ve antimikrobiyal tüketimin bütüncül biçimde izlenmesinin sağlanması amaçlanmaktadır.

Hedef 4 (Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolüne Yönelik Yapılan Süreçlerin Güçlendirilmesi) kapsamında, enfeksiyonların yayılımının önlenmesi ve kontrol altına alınması amaçlanmaktadır. Bu kapsamda, sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyonların önlenmesi, bağışıklamanın güçlendirilmesi, direnç riskinin azaltılması ve laboratuvar uygulamalarının geliştirilmesi hedeflenmektedir. İlk strateji doğrultusunda, SHİE çalışmalarının güçlendirilmesi, INFLINE sisteminin teknik altyapısının iyileştirilmesi, salgın uyarı sistemiyle entegrasyonunun sağlanması ve laboratuvar veri paylaşımının kolaylaştırılması planlanmaktadır. Dirençli mikroorganizmaların bulaş riskine karşı güvenli dijital bildirim sisteminin kurulması, dezenfeksiyon ve sterilizasyon komitelerinin güçlendirilmesi, Cerrahi Profilaksi Rehberi'nin güncellenmesi ve direnç verilerinin kurumlara geri bildirim olarak sunulması öngörülmektedir.

İkinci strateji kapsamında, bağışıklama çalışmalarının güçlendirilmesi ve aşılamaya uyumun artırılması hedeflenmektedir. Erişkinlerde pnömokok, grip, zona ve RSV aşılarının yaygınlaştırılması, çocukluk çağı aşı programına yeni aşıların eklenmesi, göçmen çocuklara yönelik aşı tamamlama programlarının sürdürülmesi ve aşı bilincinin artırılmasına yönelik kampanyaların yürütülmesi planlanmaktadır.

Üçüncü ve dördüncü stratejilerde, direnç gelişimini en az tetikleyen antimikrobiyallerin temini ve akılcı laboratuvar kullanımının yaygınlaştırılması hedeflenmektedir. Bu doğrultuda, etkin antibiyotiklerin erişilebilirliğinin artırılması, tedavi sürelerinin optimize edilmesi, hızlı tanı testlerinin yaygınlaştırılması ve gereksiz antibiyotik reçetelemenin azaltılması planlanmaktadır.

Hedef 5 (Antimikrobiyal Yönetişim Çalışmalarının Güçlendirilmesi) kapsamında, antimikrobiyal yönetişim çalışmalarının güçlendirilmesi, kalitesinin artırılması ve sürdürülebilirliğinin sağlanması amaçlanmaktadır. Tüm sağlık hizmet düzeylerinde antimikrobiyal yönetişimin üst yönetim tarafından sahiplenilmesi, gerekli insan ve mali kaynakların sağlanması ve sorumlulukların netleştirilmesi hedeflenmektedir. Bu doğrultuda, Antimikrobiyal Yönetişim Komiteleri için yasal düzenlemelerin yapılması, tüm hastanelerde bu komitelerin kurulması, Enfeksiyon Kontrol Komiteleri ile iş birliği içinde çalışılması ve AMY programlarına özel bütçe ayrılması öngörülmektedir. Ayrıca, kurumlar arası koordinasyonun güçlendirilmesi ve ülke ile il düzeyinde düzenli değerlendirme toplantılarının yapılması planlanmaktadır.

Üçüncü ve dördüncü stratejilerde, antimikrobiyal kullanım verilerine dayalı yönetişim planlamasının geliştirilmesi ve akılcı laboratuvar uygulamalarının bu süreçlere entegrasyonu hedeflenmektedir. Gereksiz antibiyotik kullanımının yaygın olduğu alanlarda (örneğin viral solunum yolu enfeksiyonları, akut bronşit) kanıta dayalı tanı ve tedavi algoritmalarının oluşturulması, rehberlere uygun antibiyogram raporlarının hazırlanması, AWaRe sınıflamasına göre antimikrobiyal erişimin sağlanması ve reçetesiz antibiyotik kullanımının önlenmesi planlanmaktadır. Ayrıca, hızlı tanı testlerinin yaygınlaştırılması, maliyet-etkin tanı testlerinin geri ödeme kapsamına alınması, yapay zekâ temelli izleme sistemlerinin entegrasyonu, performans raporlarının hazırlanması ve tıp, eczacılık, diş hekimliği gibi alanlarda AMY eğitiminin müfredata dahil edilmesi öngörülmektedir.

Hedef 6 (Hayvan sağlığında antimikrobiyal kullanımının kontrolü ve antimikrobiyal direnç yönetimi ile bitki sağlığında pestisit kullanımının kontrolü ve yönetimi) kapsamında, hayvanlarda ve gıdalarda antimikrobiyal direnç gelişiminin önlenmesi, bitkilerde pestisit kullanımının kontrol altına alınması ve bu alanlardaki sürveyans çalışmalarının güçlendirilmesi amaçlanmaktadır. Tek Sağlık yaklaşımı doğrultusunda, hayvan-bitki-insan sağlığının birlikte korunması hedeflenmektedir. Bu kapsamda, ulusal koordinasyon mekanizmalarının oluşturulması, görevli kurumların sorumluluklarının netleştirilmesi, ulusal ve uluslararası sürveyans ağlarına entegrasyonun sağlanması ve laboratuvar altyapılarının güçlendirilmesi planlanmaktadır. Ülke genelinde direnç izleme sisteminin kurulması, verilerin düzenli analiz edilmesi ve genomik karakterizasyon ile yapay zekâ destekli analizlerin kullanılması öngörülmektedir. Ayrıca, hayvan ve bitki hastalıklarının kontrolü için aşılama, biyogüvenlik ve iyi tarım uygulamalarının yaygınlaştırılması, entegre zararlı yönetimi ve biyolojik mücadele yöntemlerinin geliştirilmesi hedeflenmektedir.

Yemlerde ve pestisitlerde uygunsuz antimikrobiyal kullanımın önlenmesi, ilaçlı yem ve pestisitlerin elektronik sistemlerle izlenmesi, kalıntı denetimlerinin artırılması ve "Akılcı Antimikrobiyal Kullanım Kılavuzu" nun hazırlanması planlanmaktadır. Bununla birlikte, veteriner hekimler, üreticiler, eczacılar ve çiftçiler dâhil tüm paydaşlara yönelik eğitim ve farkındalık çalışmaları yürütülecek; özellikle Dünya Antimikrobiyal Direnç Farkındalık Haftası kapsamında bilgilendirici materyaller hazırlanacaktır. Antimikrobiyal direnç genlerinin yayılımı, direnç mekanizmaları ve alternatif tedavi yaklaşımlarına ilişkin araştırmalar desteklenecek; pestisitlere alternatif biyolojik mücadele yöntemlerinin geliştirilmesine öncelik verilecektir. Bu bütüncül yaklaşımla hem gıda güvenliğinin hem de ekosistem sağlığının korunması hedeflenmektedir.

Hedef 7 (Yeni Antimikrobiyal İlaç, Aşı ve Hızlı Tanı Kitleri Geliştirme Araştırmalarının Teşvik Edilmesi ve Yeni Tanı Testlerinin Güncel Olarak Takip Edilmesi) kapsamında antimikrobiyal direncin önlenmesine katkı

sağlayacak yeni ilaç, aşı ve hızlı tanı kitlerinin geliştirilmesinin teşvik edilmesi ve bu alandaki yeniliklerin güncel olarak izlenmesi amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda, DSÖ'nün öncelikli patojen listesinde yer alan mikroorganizmaların tür düzeyinde tanınmasını ve direnç genlerinin saptanmasını sağlayacak yerli hızlı tanı kitlerinin geliştirilmesi, aile hekimliklerinde kullanılabilecek kitlerin desteklenmesi ve afet durumlarına uygun taşınabilir testlerin üretilmesi hedeflenmektedir. Tanı kitlerinin üretimini destekleyecek teknopark altyapılarının güçlendirilmesi, regülasyon süreçlerinin netleştirilmesi ve kamu–özel sektör iş birliğinin artırılması planlanmaktadır. Ayrıca, yeni antimikrobiyal ilaç ve aşıların geliştirilmesi için AR-GE çalışmalarının desteklenmesi, yapay zekâ temelli ilaç keşif projelerinin teşviki, klinik araştırmalara yönelik kolaylaştırıcı düzenlemelerin yapılması ve kamu üretim altyapılarının güçlendirilmesi öngörülmektedir. Biyoteknolojik ve biyobenzer ilaçların yanı sıra yeni nesil aşı teknolojilerine (mRNA, DNA, VLP vb.) yönelik fonların oluşturulmasıyla, farmakoekonomik değerlendirmeler ışığında yenilikçi ve sürdürülebilir bir ilaç–aşı–tanı ekosistemi oluşturulması hedeflenmektedir.

Hedef 8 (Antimikrobiyal Direnç Gelişimi ve Akılcı Antimikrobiyal Kullanımı ile İlgili Farkındalığın Artırılması) kapsamında hem sağlık çalışanları hem de toplum genelinde antimikrobiyal direnç ve akılcı ilaç kullanımı konularında farkındalığın artırılması amaçlanmaktadır. Sağlık çalışanlarına yönelik olarak, hekim, diş hekimi, veteriner hekim, hemşire, ebe ve eczacılara eğitim verilmesi, tıp ve veteriner fakültelerinin müfredatlarının güncellenmesi, hizmet içi eğitimlerin düzenli hale getirilmesi ve Akılcı İlaç Kullanımı İl Koordinatörlüklerinin süreci izlemesi planlanmaktadır. Topluma yönelik olarak ise, çocuklar, gençler ve yetişkinlere hitap eden çok yönlü iletişim faaliyetleri yürütülecek; okullarda eğitim materyalleri hazırlanacak, medya ve sosyal medya üzerinden farkındalık mesajları paylaşılacak, kanaat önderleri, sanatçılar ve sporcular aracılığıyla kamuoyu bilgilendirilecektir. Ayrıca, mobil uygulamalarda bilgilendirici içeriklerin yer alması, eczanelerde farkındalık etiketlerinin kullanılması ve Dünya Antimikrobiyal Farkındalık Haftası kapsamında etkinliklerin düzenlenmesiyle, toplumda bilinç düzeyinin kalıcı biçimde artırılması hedeflenmektedir.

Hedef 9 (Antimikrobiyal Direncin Çevresel Yayılımını Azaltmaya Yönelik Ulusal Düzeyde Çalışmaların Yürütülmesi) kapsamında amaç AMD gelişiminin çevresel yayılımını önlemek için risk değerlendirmesi yapmak, yasal düzenlemeleri oluşturmak ve atık su yönetimini güçlendirmektir. İlk strateji kapsamında; çevresel kaynaklı AMD risklerinin belirlenmesi, Sağlık, Tarım ve Çevre Bakanlıklarının mevcut altyapı envanterlerinin çıkarılması ve atık sularda hangi parametrelerin izleneceğinin tanımlanması öngörülmektedir. Avrupa Birliği Atık Su Arıtma Direktifi ile uyumlu şekilde büyük ölçekli tesislerde antimikrobiyal kalıntı ve direnç genlerinin takibi zorunlu hale getirilecek, referans laboratuvarların altyapısı güçlendirilecek ve ölçüm protokolleri standardize edilecektir. Ayrıca, DNA/RNA çıkarma gibi ön analiz işlemlerinin doğrudan arıtma tesislerinde yapılmasıyla veri kaybı ve gecikmelerin önüne geçilmesi planlanmaktadır.

İkinci strateji, atık su yönetiminin iyileştirilmesine odaklanmaktadır. Bu kapsamda, atık su arıtma tesislerinde dirençli mikroorganizmaların ve direnç genlerinin izlenmesi için sürdürülebilir sistemler kurulacak, hastaneler ve mezbahalar gibi noktasal kaynaklardan alınan örneklerle risk haritaları oluşturulacaktır. Tarım ve hayvancılık kaynaklı atıkların su kaynaklarını kirletmesini önleyecek izleme programları da bu stratejinin önemli bir parçasıdır. Yenilikçi teknolojilerin (örneğin biyosensörlerin) entegrasyonu ile çevresel AMD takibinin daha etkin, hızlı ve sürdürülebilir hale getirilmesi hedeflenmektedir.

Çalıştay bulguları, Türkiye'nin antimikrobiyal dirençle mücadelede güçlü bir kurumsal zemine sahip olduğunu, ancak veri entegrasyonu, çevresel izleme ve davranışsal değişim alanlarında geliştirmelere ihtiyaç duyulduğunu ortaya koymuştur. Özellikle atık su sürveyansı, biyoinformatik altyapı ve Tek Sağlık entegrasyonu, gelecekteki direnç yönetiminin temel bileşenleri olarak öne çıkmaktadır. Finlandiya, Hollanda ve Kanada örneklerinde olduğu gibi, Türkiye'de de Tek Sağlık yaklaşımının mevzuat ve bütçe mekanizmalarına entegre edilmesi, politika sürdürülebilirliği açısından kritik önemdedir. Çalıştayın politika geliştirme boyutu, yalnızca sağlık sektörünü değil; çevre, tarım ve eğitim politikalarını da etkileyen bir yönetişim modeli önermektedir. Bu yönüyle AMD Eylem Planı, Sağlıklı Türkiye Yüzyılı vizyonu ve Dirençli Sistemler-Sağlıklı Toplum temasıyla bütünleşmiştir.

Sonuç ve Öneriler

Antimikrobiyal dirençle mücadele, ulusal güvenlik, sürdürülebilir kalkınma ve halk sağlığı arasında köprü kuran stratejik bir alandır. Çalıştay çıktıları doğrultusunda geliştirilen politika önerileri aşağıda özetlenmiştir:

Ulusal AMD Eylem Planı 2025–2030 dönemi için güncellenmeli, Cumhurbaşkanlığı düzeyinde izleme mekanizması oluşturulmalıdır.

- İnsan, hayvan, gıda ve çevre verilerinin bütünleştirildiği dijital bir Ulusal Tek Sağlık Platformu kurulmalıdır.
- Antibiyotik kullanım verileri GLASS ve AwaRe göstergelerine göre izlenmeli, düzenli raporlanmalıdır.
- Atık su sürveyansı ve çevresel izleme, çevre politikalarıyla entegre edilmelidir.
- Eğitim programları müfredatlara yerleştirilmeli, halk bilgilendirme kampanyaları sürdürülebilir hale getirilmelidir.
- Ar-Ge projeleriyle biyoteknolojik çözümler ve yapay zekâ destekli karar sistemleri teşvik edilmelidir.
- Kurumsal koordinasyonun güçlendirilmesi için Tek Sağlık Koordinasyon Kurulu oluşturulmalıdır.

Bu politika değerlendirmesi, Türkiye'nin antimikrobiyal dirençle mücadelede bütüncül, veri temelli ve sürdürülebilir bir yönetişim yapısına geçiş için somut bir yol haritası sunmaktadır.

Kaynaklar

1. *World Health Organization. Antimicrobial resistance. 2023. [online]. Available at: https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/antimicrobial-resistance. Accessed July 25, 2025.*
2. *World Health Organization. Global Antimicrobial Resistance and Use Surveillance System (GLASS) report. Antibiotic use data for 2022. Geneva: 2025.*
3. *Naghavi, Mohsen et al. Global burden of bacterial antimicrobial resistance 1990–2021: a systematic analysis with forecasts to 2050. Lancet 2024; 404(10459): 1199–1226.*
4. *European Centre for Disease Prevention and Control and World Health Organization. Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2023- 2021 data. Stockholm: 2023.*
5. *World Health Organization. Global Action Plan on Antimicrobial Resistance, 2015.*
6. *FAO, UNEP, WHO, and WOAH. One Health Joint Plan of Action (2022-2026). Working together for the health of humans, animals, plants and the environment. Rome: 2022.*
7. *UN. General Assembly High-Level Meeting on antimicrobial resistance 2024. Political Declaration of the High-level Meeting on Antimicrobial Resistance. [online]. Available at: https://www.who.int/news-room/events/detail/2024/09/26/default-calendar/un-general-assembly-high-level-meeting-on-antimicrobialresistance-2024. Accessed July 23, 2025.*
8. *World Health Organization. Roadmap on antimicrobial resistance for the WHO European Region 2023–2030. Astana, Kazakhstan: 2023.*

TAM METİN SÖZLÜ BİLDİRİ

[S168]
ULUSAL SAĞLIK POLİTİKALARINDA EYLEM PLANI HAZIRLAMA SÜRECİ: TÜRKİYE İÇİN BİR ÇERÇEVE

***Fatma Sena Konyalıoğlu*[1], *Gamze Ketrez*[1], *Muhammed Atak*[2]**
[1]*Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü*
[2]*Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

Giriş

Eylem planları, belirli bir politika alanında ulusal ve uluslararası taahhütlerin yerine getirilmesini, kurumlar arası koordinasyonun sağlanmasını ve toplumun öncelikli sağlık ihtiyaçlarına yönelik hedeflerin gerçekleştirilmesini sağlayan temel yönetim araçlarıdır. Her eylem planı, politika hedeflerinin eyleme dönüşmesi, faaliyetlerin somutlaştırılması, sorumlu kurumların tanımlanması ve ilerlemenin izlenebilmesi için yapılandırılmış bir çerçeve sunar (1,2).

Eylem planları, sadece sağlık alanında değil; eğitim, çevre, enerji, iklim değişikliği ve sosyal politikalar gibi birçok alanda stratejik hedeflerin somut eylemlere dönüştürülmesinde kullanılan yönetimsel araçlardır. Bu planlar, politika amaçlarının uygulanabilir faaliyetlere dönüştürülmesini, sorumlu paydaşların belirlenmesini, kaynak tahsisini ve performans göstergeleri aracılığıyla ilerlemenin izlenmesini mümkün kılar (3,4).

Bu kapsamda, Türkiye'de sağlık politikalarının hayata geçirilmesinde de eylem planları kritik bir araç haline gelmiştir. Ancak geçmişte farklı genel müdürlükler, kurumlar veya iller tarafından hazırlanan eylem planlarında yöntem, format ve terminoloji farklılıkları bulunmaktaydı. Bu durum, kurumlar arası koordinasyonu zayıflatmış, planların etki gücünü azaltmış ve izleme-değerlendirme süreçlerinde ortak bir yaklaşımın oluşmasını engellemiştir. Yeni dönemde Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü'nün öncülüğünde başlatılan "Eylem Planı Hazırlama Rehberi" çalışması, bu dağınık yapıyı bütünleştirmeyi ve ulusal ölçekte tutarlı, ölçülebilir ve izlenebilir bir sistem oluşturmayı amaçlamaktadır (5).

Bu politika değerlendirmesi, söz konusu kılavuzun geliştirilme sürecini, getirdiği yenilikleri ve ulusal sağlık politikalarının yönetimine katkılarını incelemektedir.

Yöntem

Çalışma, niteliksel doküman incelemesi yaklaşımıyla yürütülmüştür. Bu kapsamda 25 kaynak incelenmiştir (5). İlaveten ulusal (Türkiye) ve uluslararası düzeyde toplam 19 eylem planı (örneğin Avustralya National Obesity Strategy 2022 - 2032, Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2024- 2028, Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025 vb.) değerlendirilmiş ve bu eylem planlarının ortak ve farklı yönleri ortaya konulmuştur (6,7,8). İnceleme sonuçlarına dayanarak kılavuz içeriğinde (Şekil 1);

- Eylem planı hazırlık sürecinin aşamaları,
- Durum analizi,
- Planın yapısal bileşenleri (amaç, hedef, strateji, eylem, faaliyet, performans göstergesi, sorumlu kurum, zaman planı vb.),
- Risk yönetimi ve izleme-değerlendirme mekanizmalarının anlatılmasına karar verilmiştir (5,9,10).

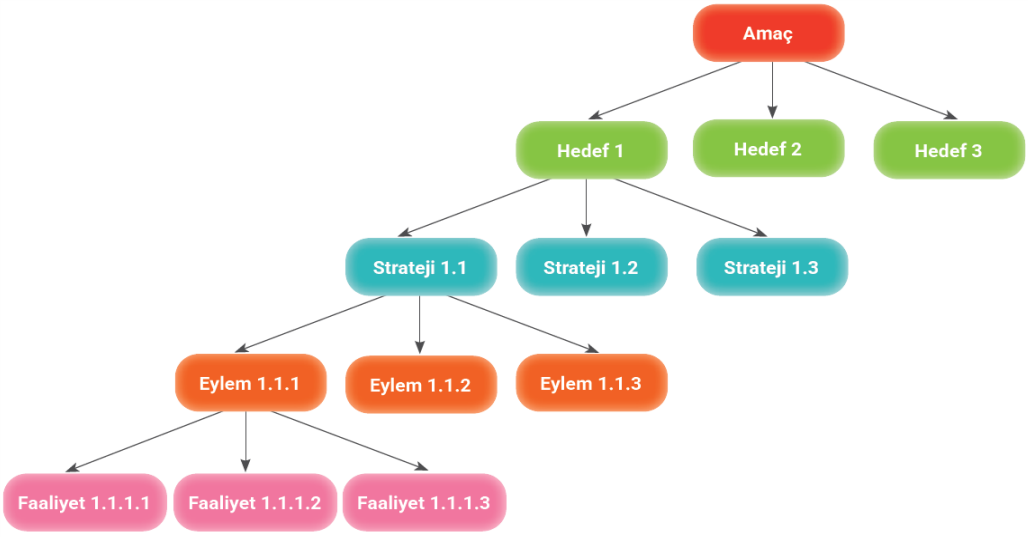
Bu çerçeveye dayanılarak geliştirilen Eylem Planı Hazırlama Kılavuzu, Bakanlık düzeyinde Sağlık Okuryazarlığı Ulusal Eylem Planı (2025-2028)'nında uygulanmıştır (5,11).



Şekil 1. *Eylem Planı Hazırlama Süreci*

Bulgular

Kılavuz aracılığıyla eylem planı bileşenlerinde (amaç, hedef, strateji, eylem, faaliyet, gösterge) kavramsal bütünlük sağlanmıştır (Şekil 2). Amaçlar, ulaşılması hedeflenen nihai durumu açık ve kısa biçimde tanımlamalıdır. Hedefler, belirlenen amaç çerçevesinde başarılması beklenen sonuçları ifade etmelidir. Stratejiler, hedeflere ulaşmak için izlenecek yol ve yöntemleri açıklamalıdır. Eylemler, amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesini sağlayan somut ve ölçülebilir adımları; faaliyetler ise her bir eylemin daha ayrıntılı, uygulanabilir ve takip edilebilir basamakları olacak şekilde belirlenmelidir. Bu yapı sayesinde farklı eylem planlarının çalışıldığı birimler arasında ortak dil ve süreç anlayışı geliştirilmiş olacaktır (12,13).



Şekil 2. *Eylem Planı Hiyerarşisi*

Sağlık Okuryazarlığı Ulusal Eylem Planı (2025-2028) oluşturulurken ilk defa Eylem Planı Hazırlama Kılavuzu'ndan faydalanılmıştır (5,11). Planlama süreci başlamadan önce kılavuzun önerdiği şekilde hazırlık ekibi oluşturulmuş, paydaş analizi ve durum analizi yapılmıştır. Paydaş analizi sonucu tüm ilgili kamu kurumları, akademi, sivil toplum ve yerel yönetimler gibi tüm paydaşlar sürece dâhil edilmiştir. Paydaşların da katkısıyla eylem planının amaç, hedef, strateji, eylem ve faaliyetleri belirlenmiştir. Ayrıca faaliyetlerin göstergeleri ile her faaliyetten sorumlu olan ve iş birliği yapılacak olan kuruluşlar listelenmiştir (Tablo 1). Çok paydaşlı iş birliği sayesinde, Sağlık Okuryazarlığı Ulusal Eylem Planının sadece merkezi düzeyde değil, uygulayıcı birimlerin ve saha paydaşlarının katkısıyla şekillenmesi sağlanmıştır.

Sağlık Okuryazarlığı Ulusal Eylem Planının nihai amacı toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyini artırmak olarak ifade edilmiştir. Bu amaç doğrultusunda eylem planı 7 hedef başlığı altında yapılandırılmış, bu hedeflere ulaşmak için ise 32 strateji, 57 eylem, 167 faaliyet belirlenmiştir. Faaliyetler ise tanımlanan 181 gösterge ile izlenebilir hale getirilmiştir (11).

Tablo 1. *Eylem Planı Şablonu*

..... ULUSAL EYLEM PLANI, Yıl Aralığı											
Amaç:											
Hedefler											
Hedef 1:											
Strateji 1.1:											
Eylem	Faaliyet	Sorumlu Kuruluş(lar)	İş Birliği Başlangıç Tarihi	Faaliyetin Başlangıç Tarihi	Faaliyetin Bitiş Tarihi	Süre Göstergesi	Hedeflenen Gösterge Değeri			Veri Kaynağı	Raporlama Sıklığı
							1. YIL	2. YIL	3. YIL		
1.1.1.	1.1.1.1.										
	1.1.1.2.										
	1.1.1.3.										
1.1.2.	1.1.2.1.										
	1.1.2.2.										
	1.1.2.3.										
1.1.2.	1.1.3.1.										
	1.1.3.2.										
	1.1.3.3.										

Kılavuzda yer alan bir diğer adım risk yönetimi sürecidir. Her plan için olası risklerin tanımlanması, risk düzeylerinin belirlenmesi ve yanıt stratejilerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Bu sayede, planların uygulanmasında beklenmedik durumlara karşı esneklik sağlanabilecektir (5,14).

Ayrıca eylem planlarının etkinliğini izlemek ve gerekli iyileştirmeleri zamanında yapmak amacıyla kapsamlı izleme ve değerlendirme süreçleri tanımlanmıştır. Eylem planlarının başarısının ölçülmesi için "süreç göstergelerine" dayalı bir yapı benimsenmiştir. Bu doğrultuda, planın her yılı için hedeflenen gösterge değerlerinin belirlenmesi gerekmektedir. Böylece, her bir faaliyetin ilerlemesi düzenli olarak izlenebilmekte, planın başarısı periyodik değerlendirmelerle ölçülebilmektedir (15).

Sonuç ve Öneriler

Ulusal düzeyde politika belgelerinin hazırlanmasında standart bir kılavuzun varlığı, hem kalite yönetimi hem de hesap verebilirlik açısından kritik bir gerekliliktir. Politika belgelerinin başarısı ise yalnızca içeriğe değil, sürecin tasarımına, paydaş katılımına, izleme, değerlendirme, geri bildirim ve düzenleme süreçlerinin varlığına da bağlıdır (16).

Ülkemizin Ulusal Eylem Planlarına yol haritası olması amacıyla Sağlık Bakanlığı bünyesinde geliştirilen Eylem Planı Hazırlama Kılavuzu, politika döngüsünün "tasarım–uygulama–değerlendirme" aşamalarını sistematik bir biçimde bütünleştirmiştir. Böylece üst politika belgeleriyle (Kalkınma Planı, Sağlık Bakanlığı Stratejik Planı) uyum sağlanırken kurum içi planlama süreçleri de kolaylaşacak ve kurumsal kapasite güçlenecektir (17).

Eylem Planı Hazırlama Kılavuzu, eylem planlarının sadece biçimsel bir belge olmanın ötesinde, etkili bir yönetim, izleme ve değerlendirme aracı hâline gelmesine olanak tanımaktadır. Bu sayede eylem planları, uygulama sürecinde ortaya çıkan sorunlara zamanında müdahale edilmesini, kaynakların etkin kullanılmasını ve kurumlar arası koordinasyonun güçlenmesini sağlayacaktır (18).

Kılavuz, Sağlık Okuryazarlığı Ulusal Eylem Planı (2025–2028) örneğinde olduğu gibi, eylem planlarının uygulanabilirliğinin ve izlenebilirliğinin artmasına, planlama kültürünün kurumsallaşmasına katkı sağlayacaktır (11).

Öneriler;

- Eylem planı hazırlayacak tüm birimler için kılavuzun uygulanması zorunlu hâle getirilmelidir.
- Eylem planı göstergelerinin izlenmesi için dijital bir ulusal platform kurulmalıdır.
- Eylem planı hazırlama süreçleri, performans değerlendirme sistemleriyle entegre edilmelidir.
- Yerel düzeyde de eylem planı geliştirme kapasitesini artırmak için hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir.

Sonuç olarak, Eylem Planı Hazırlama Kılavuzu, Türkiye'de sağlık politikalarının planlama, uygulama ve değerlendirme süreçlerine bütüncül bir yaklaşım kazandırmış; politika yapımında şeffaflık, verimlilik, katılımcılık ve sürdürülebilirlik ilkelerini güçlendirmiştir. Bu kılavuz, ulusal düzeyde politika planlamasında önemli bir standart oluşturacak ve Sağlıklı Türkiye Yüzyılı vizyonu doğrultusunda etkili, ölçülebilir ve hesap verebilir bir yönetim kültürünün yerleşmesine katkı sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. *Fertman CI, Allensworth DD. Sağlığı Geliştirme Programları Teoriden Pratiğe (1. baskı). Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2012.*
2. *UNITAR. Guidance on Action Plan Development for Sound Chemicals Management [Internet]. 2009. Available from: https://cwm.unitar.org/national-profiles/publications/cw/pops/AP_Guidance_01_Apr_09_en.pdf*
3. *Brereton J. The Ultimate Guide to Creating Effective Action Plans [Internet]. LaunchNotes; 2021. Available from: https://www.launchnotes.com/blog/the-ultimate-guide-to-creating-effective-action-plans*
4. *CDC. Youth Advisory Councils Action Plans [Internet]. 2024. Available from: https://www.cdc.gov/youth-advisory-councils/action-plans/index.html*
5. *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Eylem Planı Hazırlama Kılavuzu [Internet]. 2025. Available from: https://sggm.saglik.gov.tr/TR-107690/eylem-plani-hazirlama-kilavuzu.html*
6. *Commonwealth of Australia. National Obesity Strategy 2022-2032. Canberra: Commonwealth of Australia; 2022.*
7. *Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu. Tütün Kontrolü Strateji Belgesi ve Eylem Planı (2024-2028) [Internet]. 2024. Available from: https://bmyk.gov.tr/TR-68405/tutun-ile-mucadele-eylem-plani.html*
8. *T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025 [Internet]. 2017. Available from: www.kumbaski.com*
9. *Nagy J, Fawcett SB. Chapter 8. Developing a Strategic Plan, Section 4. Developing Successful Strategies [Internet]. Community Tool Box, Center for Community Health and Development at the University of Kansas; n.d. Available from: https://ctb.ku.edu/en/table-of-contents/structure/strategic-planning/develop-strategies/main*
10. *CDC. Global Terminology Considerations (cont.) | Global Health Equity [Internet]. 2024 [cited 2025 Oct 26]. Available from: https://www.cdc.gov/global-health-equity/php/publications/terminology-considerations-2.html*
11. *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Sağlık Okuryazarlığı Ulusal Eylem Planı 2025-2028 [Internet]. 2025. Available from: https://sggm.saglik.gov.tr/TR-110010/saglik-okuryazarligi-eylem-plani-2025-2028.html*

12. *CDC. SMART Framework [Internet]. 2024. Available from: https://www.cdc.gov/youth-advisory-councils/action-plans/smart-framework.html*

13. *CDC. Strategy and Policy Development [Internet]. 2024. Available from: https://www.cdc.gov/polaris/php/cdc-policy-process/strategy-and-policy-development.html*

14. *National Planning Authority. Guidelines for the Development of Programme Implementation Action Plans and Ministry, Agency and Department Plans. Kampala: National Planning Authority; 2021.*

15. *UNDP. Enterprise Risk Management. New York: UNDP; 2023.*

16. *UN Working Group on Business and Human Rights. Guidance on National Action Plans on Business and Human Rights. Geneva: UN Working Group on Business and Human Rights; 2016.*

17. *NHS Improvement. An overview of action planning [Internet]. 2011. Available from: https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2018/06/An-Overview-of-Action-Planning.pdf*

18. *Freeman REE, McVea J. A Stakeholder Approach to Strategic Management. SSRN Electronic Journal [Internet]. 2001. Available from: https://doi.org/10.2139/ssrn.263511*

19. *İlgar MZ, Coşgun İlgar S. Paydaş Analizi. OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi. 2019;14(20):1835–1860. https://doi.org/10.26466/opus.574116*

20. *ICAT (Initiative for Climate Action Transparency). Stakeholder Participation Guide: Supporting Stakeholder Participation in Design, Implementation and Assessment of Policies and Actions (J.C. Durbin & S. Vincent, eds.) [Internet]. 2020. Available from: https://climateactiontransparency.org/*

21. *T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2021-2026 [Internet]. 2021. Available from: www.hsgm.gov.tr*

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S169]
BİR TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE İNTERNET BAĞIMLILIĞI İLE SOSYAL ANKSİYETE VE DÜRTÜSELLİK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

***Güvenç Deniz Akmaz*, Kemal Macit Hisar**
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

İnternet, günümüzde bilgiye ulaşmada en hızlı ve etkin yöntemlerden birisidir. İnternetin temelleri 1960'lı yıllarda atılmaya başlansa da 1990'lı yıllarda ticarileşmiş günümüze kadar giderek gelişmiş ve büyük halk kitlelerinin kullanımına sunulmuştur. Ülkemizde olduğu gibi dijitalleşen dünyada da internet kullanımı her geçen gün giderek artmaktadır. Öyle ki 2005 yılında dünya popülasyonunun %16'sı internet kullanmakta iken bu sayı 2024 yılında %68'e ulaşmıştır. İnternetin büyük kitleler tarafından hızla benimsenmesinden itibaren araştırmacılar internet kullanımının bireyler üzerinde bağımlı edici etkileri olabileceğinden söz etmişler ve çeşitli ölçütler geliştirmeye çalışmışlardır. Ancak günümüzde Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM) ve Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması (ICD) sistemlerinde internet bağımlılığı ayrı bir hastalık olarak tanımlanmamıştır. İnternet bağımlılığı genel olarak kişinin interneti kullanım davranışını sınırlandıramaması ve bu davranışın giderek kişinin işlevselliğini bozması ile karakterizedir. İnternet bağımlılığı, çeşitli psikiyatrik hastalıklarla birliktelik gösterebilmektedir. Bunlar arasında anksiyete bozuklukları, depresyon, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu sayılabilir. Benzer şekilde dürtüsellik düzeyi ile internet bağımlılığı düzeyleri arasında da pozitif yönlü korelasyonların gösterildiği çalışmalar bulunmaktadır. Tüm bu sebepler neticesinde internet kullanımının hızla yaygınlaşması ve günlük yaşamımızın bir parçası haline gelmesiyle birlikte internet bağımlılığının ilerleyen yıllarda önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelebileceği öngörülebilir. Bu nedenle bağımlılığın etyolojisini anlamaya yönelik çalışmalara gereksinim bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde internet bağımlılığı düzeylerini ve internet bağımlılığı yaygınlığını ölçmek, internet bağımlılığının sosyal anksiyete ve dürtüsellik düzeyleri ile ilişkisini ortaya koymaktır.

Gereç-Yöntem

Bu kesitsel tipte araştırma 2024-2025 yılları arasında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenim görmekte olan öğrenciler üzerinde yürütülmüştür. Çalışma kapsamında araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına göre olup veriler anket kullanılarak yüz yüze toplanmıştır.

Veri Toplama Araçları:

1. Sosyodemografik Bilgi Formu
2. Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği
3. Barratt Dürtüsellik Ölçeği – Kısa Form
4. Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği

Araştırmanın Evreni:

Araştırmanın evrenini 2024-2025 öğrenim yılında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenim görmekte olan 1523 öğrenci oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü analizi sırasında G*Power 3.1.9.7. programı kullanılmış olup istatistiksel anlamlılık düzeyi (α) 0.05, test gücü (1-β) 0.95 olarak belirlenmiş ve düşük düzeyde bir etki büyüklüğüne (0.20) sahip bir korelasyonun tespit edilebileceği öngörülmüştür. Analiz iki yönlü test varsayımıyla yürütülmüştür. Bu parametrelerle yapılan hesaplama sonucunda çalışmanın hedeflenen istatistiksel güce ulaşabilmesi için en az 319 katılımcının gerekli olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışmamıza 332 öğrenci katılmıştır.

Bulgular

Katılımcıların %56'sını (n=186) kadınlar, %44'ünü (n=146) erkekler oluşturmaktaydı. Yaş ortalaması 21,6±2,71 idi. Katılımcıların %91'inin (n=302) herhangi bir psikiyatrik hastalığı bulunmazken; %9'unun (n=30) psikiyatrik hastalığı bulunmaktaydı. Katılımcıların %88,3'ü (n=293) ortalama internet kullanıcısı iken %11,7'si (n=39) riskli internet kullanıcısı iken örneklemde internet bağımlılığı kategorisinde katılımcı bulunmamaktaydı. Katılımcıların Young İnternet Bağımlılığı Ölçek puanları ile Liebowitz Sosyal Kaygı ölçeği puanları ve Barratt Dürtüsellik Ölçek puanları arasında pozitif yönlü korelasyonlar saptandı. Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde kadın katılımcıların sosyal anksiyete ve dürtüsellik puanlarının bazı alt boyutlarında erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı. İnternet bağımlılığını yordamaya yönelik kurulan lojistik regresyon modeline cinsiyet, dürtüsellik toplam puanı ve günlük internet kullanımı dahil edildiğinde varyansın %29,8'ini açıkladığı görülmüş olup modelde erkeklerin riskli internet kullanıcısı olma olasılığı kadınlara kıyasla 2,21 kat daha yüksek bulunmuştur (B = 0,796; p = 0,045; Exp(B) = 2,218). Ek olarak dürtüsellik ölçeğinden alınan her bir puanlık artışın riskli internet kullanıcılığına geçiş ihtimalini %18,9 oranında arttırdığı saptandı (B=0,173; p<0,001; Exp(B) =1,189). Benzer şekilde günlük internet kullanım süresindeki her bir saatlik artışın, bireyin riskli kullanıcı olma olasılığını yaklaşık %29 oranında yükselttiği hesaplandı (B = 0,255; p= 0,001; Exp(B) = 1,290).

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinden oluşan örneklemde internet bağımlılığı, sosyal anksiyete ve dürtüsellik düzeyleri arasındaki ilişkiler analiz edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen 332 öğrencinin büyük çoğunluğunun internet kullanımının sosyal medya odaklı olduğu (%90,7) ve günlük ortalama internet kullanım süresinin 4,87±2,07 saat olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %11,7'si riskli internet kullanıcısı iken bağımlı düzeyde kullanıcı bulunmamıştır. Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği puanları ile Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçek puanları ve Barratt Dürtüsellik Ölçek puanları arasında pozitif yönlü korelasyonlar saptanmıştır ancak araştırmanın kesitsel tasarımı nedeniyle nedensellik yönünden çıkarım yapılamaz. Lojistik regresyon analizi sonuçları cinsiyet, günlük internet kullanım süresi ve dürtüsellik düzeyinin riskli internet kullanımını yordadığını göstermektedir. Üniversite öğrencilerine internet kullanım alışkanlıklarına ve internet bağımlılığına yönelik farkındalık eğitimleri verilmelidir. Risk altında olabilecek öğrenciler belirlenmeli ve danışmanlık hizmetlerine yönlendirilmelidir. Günlük internet kullanım süresinin artışının riskli internet kullanımına sebep olabileceği dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Üniversite öğrencileri, internet bağımlılığı, sosyal anksiyete, dürtüsellik

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S170]
ÖN HEKİMLERDE İNTÖRNLÜK SÜRECİNİN ÖZ YETERLİK, ANKSİYETE DÜZEYİ VE HEKİMLİK MESLEĞİNE YÖNELİK TUTUMLARINA ETKİSİ

Didem Daymaz Yılmaz, Hatice Seymen Güngör, Nimet Tekin, Meral Saygun
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Hekimlik insan sağlığı ve hayatıyla ilgili önemli sorumluluk almayı gerektirmesi, edinilmesi gerekli mesleki becerilerin fazlalığı, yoğun çalışma saatleri gibi nedenlerle icra edilmesi zor bir meslektir. Tıp fakültesi öğrencileri tıp eğitimleri süresince bu mesleki zorlukları fark etmekte, mesleğe yönelik tutumları ilerleyen sınıflarda ve meslek hayatlarında ilerledikçe olumsuzlaşabilmektedir. Ayrıca öğrencilerde yeterli bilgi ve beceriye sahip olmadığını düşünme kaygıya neden olmaktadır. Araştırmada, tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin akademik öz yeterlik ve anksiyete düzeyleri ile hekimlik mesleğine yönelik tutumlarının tespiti ve intörnlük sürecinin bunlar üzerine etkisini inlemek amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

İki aşamalı kesitsel tipteki araştırmanın evrenini 2024-2025 akademik yılı bir tıp fakültesi dönem 6 öğrencileri oluşturmuştur. Örnek seçilmemiş, evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş, gönüllüler çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırma, intörnlük eğitiminin ilk ayı olan temmuz ayında 132 (%88,5), intörnlük eğitiminin son aylarından olan mayıs ayında 129 (%87,7) öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Anket formları, katılıma gönüllü öğrencilerin bulundukları birimlere gidilerek aynı gruba gözlem altında Temmuz 2024 ve Mayıs 2025'te uygulanmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri; öğrencilerin bazı sosyodemografik özellikleri, tıp fakültesi tercih nedeni, memnuniyet durumu, mesleki gelecek ile ilgili kaygı durumu ve nedeni, mezuniyet sonrası planı, gibi değişkenleri inceleyen 18 soru, bağımlı değişkenler ise Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Hekimlik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği (HMYTÖ), Akademik Öz Yeterlilik Ölçeği (AÖYÖ) ölçek puanlarıdır. Gerekli kurum ve etik kurul izinleri alınmıştır. Çalışmada finansal desteğe başvurulmamış olup, herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır. Araştırmada sonuçların sadece yapılan fakülte için geçerli olması araştırmanın sınırlılıklarındandır. Veriler SPSS 25.0 paket programı ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerde tanımlayıcı istatistikler Ki-Kare testi; normallik testleri sonucunda, iki gruplu karşılaştırmalarda Independent Samples t testi ve/veya Mann-Whitney U testi, kullanılmıştır. Anlamlılık seviyesi olarak 0,05 alınmıştır.

Bulgular

Katılımcıların temmuz 2024 ve mayıs 2025 verileri değerlendirildiğinde cinsiyet (p=0,509), tıp fakültesi eğitimi boyunca staj/sınıf tekrarı olma durumu (p=0,941), hekim tarafından tanı konulmuş psikiyatrik hastalık varlığı (p=0,639), sigara kullanma durumu (p=0,260) gibi bazı sosyo demografik özellikleri, hastalık ve alışkanlıklar açısından benzer gruplar olduğu görülmektedir. Tıp fakültesi tercihinden memnun olma durumu %80,3 ve %80,6 (p=0,948), tıp fakültesini bırakmayı düşünme durumu %50,8, ve %54,3 (p=0,571), mesleki gelecek kaygısı hissetme durumu %72,7 ve % 72,9 (p=0,980) gibi değişkenler açısından intörnlük sürecinin anlamlı bir farka neden olmadığı tespit edilmiştir. Öğrencilerin eğitimleri boyunca herhangi bir sağlıkta şiddet olayına maruz kalma durumunda istatiksel olarak anlamlı düzeyde artış olmuştur (p=0,049). Temmuz 2024 sağlıkta şiddet olayına maruz kaldığını belirtenler katılımcılar %28,0, mayıs 2025'te %39,4 olarak tespit edilmiştir. Öğrencilerin gelecek için mesleki kaygı nedenleri incelendiğinde temmuz 2024 ve mayıs 2025 verileri sırasıyla; tus için katılımcıların %34,8 ve %37,2, göreve başlanacak yer için %22,7 ve %27,1, hekimlere yönelik artan şiddet olayları için %32,6 ve %18,6, ekonomik nedenlerle %18,2 ve %13,2, mesleki bilgi ve becerinin yetersiz görülmesi nedeniyle %26,5 ve %26,4 kaygı duyduğu belirlenmiştir. Temmuz 2024'te öğrencilerin BAÖ toplam puan ortalaması 13,2±11,5 (en az:0- en fazla:56), HMYTÖ toplam puan ortalaması 90,7±15,8(en az:29- en fazla:120), AÖYÖ toplam puan ortalaması 64,1±8,8(en

az:18- en fazla:90)'dır. Mayıs 2025'de ise BAÖ toplam puan ortalaması 13,1±10,8 (en az:0- en fazla:55), HMYTÖ toplam puan ortalaması 86,5±16,5 (en az:24- en fazla:118), AÖYÖ toplam puan ortalaması 63,8±9,3(en az:26- en fazla:90)'dır.

Temmuz 2024 HMYTÖ puan ortalaması Mayıs 2025'teki HMYTÖ puan ortalamasından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0,038). AÖYÖ (p=0,875), ve BAÖ (p=0,911) puanlarında istatiksel olarak anlamlı bir değişim tespit edilmemiştir.

Sonuç ve Öneriler

Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin intörnlük sürecinde akademik öz yeterliliklerinin değişmemesi ve sağlık şiddet olaylarına maruz kalma yüzdesinde artışla birlikte hekimlik mesleğine tutumlarının olumsuzlaşması intörnlük eğitiminin gözden geçirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: İntörn, Beck Anksiyete Ölçeği, Hekimlik Mesleğine Yönelik Tutum Ölçeği, Akademik Öz Yeterlilik Ölçeği

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S171]
YETİŞKİNLERDE DAVRANIŞSAL BAĞIMLILIK VE DÜRTÜSELLİK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Pelin Şavlı Emiroğlu, Mehmet Burhan Küçükoğlu, Sümeyye Nur Aydın, Merve Tokatlı Doğan
İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı

Giriş-Amaç

Bağımlılık, küresel olarak hem toplumsal hem de bireysel açıdan önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Davranışsal bağımlılıklar ise fiziksel bir maddeye dayandırılamayan, oyun, bilgisayar, televizyon, kumar vb. bağımlılıkları kapsayan ruhsal bozukluklar olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde dijital oyun, kumar ve sosyal medya gibi bağımlılıklar teknoloji bağımlılığı üst başlığı altında incelenmektedir. Ruhsal hastalıklar çerçevesinde değerlendirilen internet oyun oynama bozukluğu (Internet Gaming Disorder) ve kumar bağımlılığı Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 2013 yılında güncellenen Ruhsal Bozuklukların Tanısal El Kitabı, Beşinci Baskısında (DSM-5) yer alan hastalıklardandır. Kumar Bağımlılığı, psikososyal işlev bozukluğuna yol açan, nispeten yaygın bir psikiyatrik durumdur. Yakın tarihli çalışmalar, küresel olarak yetişkinlerin yaklaşık yarısının son bir yılda kumar oynadığını ve sorunlu kumar oynama davranışının çevrimiçi formatlarda kumar oynayanlar arasında daha yüksek olduğunu göstermektedir. Dürtüsellik, olası kötü ve olumsuz sonuçları dikkate alınmadan, hızlı ve planlanmamış eylemlere yatkınlık olarak tanımlanabilir. Yapılan çalışmalar dürtüsellik ve bilişsel kontrol mekanizmalarının davranışsal bağımlılıklar üzerindeki etkisini ve ilişkisini ortaya koymuştur. Davranışsal bağımlılıkların yaygınlığı ve sıklıkla teşhis edilemediği göz önünde bulundurulduğunda bağımlılık ile ilişkili faktörlerin analiz edilmesi etkili tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi açısından son derece önemli ve önceliklidir. Çünkü bağımlılığın etkileri bireyin ötesine geçerek aileleri, toplulukları ve sağlık sistemlerini etkilemektedir. Ülkemizde yetişkinlerde internet kumar bağımlılığı ve sosyal medya bağımlılığı konusunda yeterli çalışma olmadığı gözlenmiştir. Bu çalışma, birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda aktif rol alan sağlık personellerinin davranışsal bağımlılıklar hakkında bilgi ve farkındalıklarını değerlendirmeyi, davranışsal bağımlılıklar ile dürtüsellik arasındaki ilişkileri araştırmayı amaçlamaktadır. İnternet kullanımı ilişkili bağımlılıkların birbirleri üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi, mesleki ve sosyal hayatlarında bilgi ve tecrübelerine başvurulan sağlık personellerinde bu ilişkinin saptanarak kişilerin kendi ve sağlık hizmeti sundukları kişilere karşı farkındalıklarının artmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Çalışmanın günümüzde yaygın internet kullanımıyla artan sosyal medya bağımlılığı ve internet kumar bağımlılığı konusunda, mesleki ve sosyal hayatlarında bilgi ve tecrübelerine başvurulan sağlık personellerine yönelik, etkin önleme ve müdahale politikalarının geliştirilmesine ışık tutması amaçlanmaktadır.

Gereç-Yöntem

Kesitsel tipteki bu çalışma, 30.03.2025-13.04.2025 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı'nda aktif görev yapan, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 18-65 yaş aralığındaki 134 sağlık personeli (doktor, sosyal çalışmacı, psikolog, hemşire, ebe) çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmada davranışsal bağımlılıklar ile dürtüsellik arasındaki ilişkinin değerlendirilebilmesi amacıyla, İnternet Kumar Bağımlılığı Ölçeği (İKBÖ), Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği, Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BIS-11-KF) kullanılmış olup ölçek kullanım izinleri alınmıştır. Ölçek toplam puanları her bir ölçek için ayrı ayrı hesaplanmış, analizler hem toplam puanlar üzerinden hem de ölçek geçerlilik güvenirlik çalışmalarında önerildiği şekilde kategorize edilerek yapılmıştır. Veri toplama aracının güvenilirlik düzeyi iç tutarlılık kat sayısı Cronbach's alpha değeri ile hesaplanmış ve Cronbach's alpha iç tutarlılık katsayısı 0.806 olarak bulunmuştur. Her bir ölçek için ayrı ayrı iç tutarlılık katsayısı Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği Cronbach alfa değeri 0.853, Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BIS-11-KF) Cronbach alfa değeri 0.657, İnternet Kumar Bağımlılığı Ölçeği (İKBÖ) Cronbach alfa değeri 0.882 olarak bulunmuştur. Verilerin analiznde IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) kullanılıldı. İnternet

kumar bağımlılığı ve sosyal medya bağımlılığı üzerinde etkili bağımsız risk faktörlerini belirlemek için tek değişkenli analizlerde p değeri 0,25'in altında olan değişkenler çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi. Yapılan tüm analizler için p<0,05 anlamlı olarak kabul edildi. Çalışma Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır. Katılımcılardan yazılı onam alınmış ve çalışma Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak yürütülmüştür.

Bulgular

Katılımcıların 80(%59.7)'si kadın, yaş ortalaması 39.3±9.9 yıldı. Katılımcıların 52(%38.8)'si doktor, 39(29.1)'u hemşire, 43(32.1)'ü psikolog ve sosyal çalışmacıydı. Gönüllülerin büyük çoğunluğunun (%89.1) aktif internet kullanıcısı olduğu ve yarısından fazlasının (%53.7) günde üç saatten fazla internet kullanımı olduğu saptandı. Gönüllülerin 65(%48.5)'i davranışsal bağımlılıklar konusunda bilgi düzeyini yeterli bulduğunu bildirdi. Katılımcıların internet kumar bağımlılığı toplam puanı 23.3±6.1'tü, 15(%11.2)'inde kumar bağımlılığı saptandı. Kumar bağımlılığı toplam puanı psikolog/sosyal çalışmacı grubunda diğer meslek gruplarına göre daha yüksekti(p: 0.012). İnternet kumar bağımlılığı olan katılımcılarda, olmayanlara kıyasla dürtüsellik ölçeği toplam puanı daha yüksekti(28.3±5.4;25.1±4.6 p:0.014). Dürtüsellik puanındaki artışın, kumar bağımlılığını artıran bir faktör olduğu saptandı(OR: 1.139; %95 CI: 1.024-1.267 p:0.017). Katılımcıların sosyal medya bağımlılığı ölçek toplam puan ortalaması 14.0±5.5'tü ve 65(%48.5)'inde yüksek sosyal medya bağımlılığı saptandı. Sosyal medya bağımlılığı toplam puanı, davranışsal bağımlılık bilgi düzeyini yeterli bulmayan katılımcılarda daha yüksekti(15.2±6.0; 12.7±4.6 p:0.025).Yüksek sosyal medya bağımlılığı gösteren katılımcılarda, göstermeyenlere kıyasla dürtüsellik ölçeği toplam puanı daha yüksekti. Günlük üç saatten fazla internet kullanımının (OR: 13.237; %95 CI: 1.477-118.5 p:0.021), davranışsal bağımlılıklar konusunda yetersiz bilgi düzeyinin (OR: 2.366 %95 CI: 1.110-5.044 p:0.026) ve dürtüsellik puanındaki artış (OR:1.094 %95 CI:1.007-1.188 p:0.033) yüksek sosyal medya kullanımı ile ilişkili faktörler olarak saptandı. Katılımcıların dürtüsellik ölçeği toplam puan ortalaması 25.4±4.8'tü.

Sonuç ve Öneriler

Çalışmaya katılan gönüllülerin büyük çoğunluğu aktif internet kullanıcısı olduğu ve yarısından fazlasının günde üç saatten fazla internet kullanımı olduğu gözlendi. Çalışma bulguları, dürtüselliğin internet kumar bağımlılığı ve sosyal medya bağımlılığını artıran önemli bir faktör olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, davranışsal bağımlılıklar ile mücadeleye yönelik geliştirilen plan ve eylem stratejilerinde dürtüselliğin de dikkate alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Davranışsal bağımlılık konusunda bilgi düzeyini yetersiz bulan katılımcıların, internet kumar bağımlılığı ve sosyal medya bağımlılığı puanlarının yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bu durum, sağlık personelinin davranışsal bağımlılıklar konusundaki bilgi ve farkındalık düzeylerinin artırılmasının, bağımlılık ile mücadelede etkili bir yaklaşım olacağına işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Davranışsal bağımlılık, internet kumar bağımlılığı, sosyal medya bağımlılığı, dürtüsellik

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S172]
BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU FARKINDALIK ARAŞTIRMASI: ORDU İLİ ÖRNEĞİ

Muhammed Mazhar Orhan, Ayşe Emel Önal
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Bu çalışmanın amacı, Ordu ilinde birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan sağlık çalışanlarının OSB farkındalık düzeylerini değerlendirmektir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, gelişimsel bozuklukların ilk gözlemlendiği ve değerlendirildiği temas noktası olması nedeniyle, erken tanı sürecinde kritik bir rol üstlenmektedir. Sağlık çalışanlarının OSB'nin belirtileri, tarama süreçleri ve riskli bireylerin uzman birime yönlendirilmesi konularında bilgi sahibi olmaları, çocukların gelişimsel ihtiyaçlarının erken dönemde fark edilmesini ve uygun müdahale planlarının oluşturulmasını mümkün kılmaktadır.

OSB, genetik temelli, yaşam boyu süren ve son yıllarda prevalansı giderek artan (7-9) bir nörogelişimsel bozukluktur. Günümüzde çocuk popülasyonunun yaklaşık %1 ila %3'ünü etkileyen bu durum, sağlık ve sosyal hizmet sistemlerine önemli bir yük ve sorumluluk getirmektedir (1). OSB gibi hastalıkların tanı süreçlerinde, belirgin biyobelirteçlerin yokluğunda çocuğun yaşamına doğrudan ve dolaylı olarak etki eden kişilerin rolü daha da önem kazanmaktadır. Literatürde, birinci basamak sağlık çalışanlarının OSB farkındalığı düzeyinin yeterli olmadığını gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır(2-6). OSB belirtileri yaşamın ilk yıllarında ortaya çıktığı için, mümkün olan en erken dönemde riskli çocukları belirleyebilmek, erken eğitim ve tedaviye başlanmasına olanak tanır. Bu da çocuğun uzun vadeli gelişimsel çıktılarında kayda değer iyileşmeler sağlayabilir (11).

Gereç-Yöntem

Kesitsel tipteki bu araştırma, 01.08.2024–01.08.2025 tarihleri arasında Ordu ilinde görev yapan 106 aile hekimi ve 109 aile sağlığı çalışanının katılımıyla yürütülmüştür.

Veriler, sosyodemografik bilgi formu ve Sağlık Çalışanları Otizm Bilgi Anketi SÇ-OBA (12)kullanılarak toplanmıştır ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach's α = 0,86 olarak hesaplanmıştır.

Çalışmanın yürütülmesi için gerekli etik izin Ordu İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınmış, böylece veri toplama süreci yasal ve etik ilkeler çerçevesinde tamamlanmıştır.

Bulgular

Katılımcıların %50,7'si (n=109) aile sağlığı çalışanı, %49,3'ü (n=106) ise aile hekimidir. Cinsiyete göre dağılım incelendiğinde, katılımcıların %24,7'si (n=53) erkek, %75,3'ü (n=162) kadındır. Meslekteki çalışma süresi değerlendirildiğinde, hekimlerin ortalama çalışma süresi 14,37 ± 9,22 yıl, aile sağlığı çalışanlarının ise 19,54 ± 8,82 yıl olarak tespit edilmiştir.Katılımcıların farkındalık puanlarının 14,30 ± 2,25 olduğu belirlenmiştir. Hekimlerin, "Davranışsal Örüntü" (p=0,033) ve "Bozukluğun Özellikleri" (p=0,021) alanlarında aile sağlığı çalışanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı saptanmıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğu meslek hayatlarında OSB'li bireylerle karşılaştığını belirtmiştir (hekimler %86,8; aile sağlığı çalışanları %87,2). Meslek hayatında OSB'li bir bireyle karşılaşan katılımcıların bilgi düzeyleri (14,54 ± 2,09), karşılaşmayanlara kıyasla (12,68 ± 2,67) istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur (p=0,000). OSB ile ilgili daha önce herhangi bir eğitim programına katılım oranı, hekimlerde %44,3 (n=47), aile sağlığı çalışanlarında ise %44 (n=48) olarak belirlenmiştir. Eğitime katılan bireylerin ortalama puanı 14,63 ± 2,18 iken, katılmayanların puanı 14,03 ± 2,29'dur. (p=0,053). Cinsiyete göre toplam puan ortalamaları incelendiğinde, erkek katılımcıların puanı 14,15 ± 2,48, kadın katılımcıların puanı ise 14,35 ± 2,18'dir. (p=0,587).

Sonuç ve Öneriler

Bulgular, birinci basamak sağlık çalışanlarının OSB farkındalığının sınırlı olduğunu ve artırılması gerektiğini göstermektedir. Bilgi eksiklikleri, tanıda gecikmelere ve erken müdahale fırsatlarının kaçırılmasına yol açabilmektedir. OSB'li bireylerin yaşam kalitesini artırmak için sağlık çalışanlarının sürekli eğitimlerle desteklenmesi, "Ulusal Otizm Eylem Planı" gibi mevcut politikaların güçlendirilmesi ve bütüncül bir takip mekanizmasının oluşturulması önerilmektedir.

*Bu çalışma İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim yürütülen tezden üretilmiştir. Tez Künyesi: Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında Otizm Spektrum Bozukluğu Farkındalık Araştırması: Ordu İli Örneği

Anahtar Kelimeler: Otizm spektrum bozukluğu, farkındalık, birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık çalışanları, erken tanı

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S173]
ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE KISA VİDEO BAĞIMLILIĞI İLE DİKKAT EKSİKLİĞİ BELİRTİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ – KESİTSEL NİCEL ÇALIŞMA

Mervenur Bora, Zehra Kılınç
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Bu çalışma, kısa video tabanlı dijital içeriklerin yoğun kullanımının öğrencilerin dikkat süreçleri ve öz-düzenleme becerileri üzerindeki etkileriyle ilişkisini inceleyen özgün bir halk sağlığı araştırmasıdır. Türkiye örnekleminde bu ilişkiyi nicel olarak değerlendiren çalışma sayısı sınırlıdır. Araştırmanın temel amacı, üniversite öğrencilerinde kısa video bağımlılığı ile dikkat eksikliği belirtileri arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır.

Gereç-Yöntem

Araştırma kesitsel tasarımla yürütülmüştür. Çalışma 1 Ocak–1 Nisan 2025 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Merkez Kampüsü'nde gerçekleştirilmiştir. Evreni, kampüste öğrenim görmekte olan 18–24 yaş aralığındaki tüm öğrenciler (N=38.630) oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü %95 güven aralığında %5 hata payıyla minimum 495 olarak hesaplanmış; ulaşılabilirlik esasına dayalı uygunluk örneklemesi ile toplam 506 öğrenci çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcıların seçim kriterleri 18–24 yaş arasında olmak, ilgili üniversitede kayıtlı öğrenci olmak ve bilgilendirilmiş onam vermek şeklinde belirlenmiştir. Veriler anket formu kullanılarak çevrimiçi ve yüz yüze yöntemlerle toplanmıştır. Anketler kampüs içindeki sınıf ve ortak alanlarda ya da çevrimiçi olarak tek oturumda doldurulmuş, ortalama tamamlama süresi 10–12 dakika olmuştur. Etik kurul onayı ve kurumsal izinler alınmış, tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Ölçümlerde Kısa Video Akış Ölçeği (KVAÖ), Kısa Video Bağımlılığı Ölçeği (KVBÖ) ve Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) kullanılmıştır. Bu ölçeklerin Türkçe uyarlamalarının geçerli ve güvenilir olduğu önceki çalışmalarda gösterilmiştir ve puanlamalar ilgili kılavuzlara göre yapılmıştır. Verilerin dağılımı Kolmogorov–Smirnov testi ile değerlendirilmiş, normal dağılmayan veriler için Mann–Whitney U ve Kruskal–Wallis testleri uygulanmıştır. Kategorik değişkenler Ki-kare ile incelenmiş; değişkenler arası ilişkiler Spearman sıralama korelasyonu ile değerlendirilmiş ve ek olarak kısa video bağımlılığı üzerinde ekran süresinin etkisini görmek amacıyla basit doğrusal regresyon yapılmıştır.

Bulgular

Katılımcıların %69'u kadındır (n=349) ve öğrencilerin %90,7'si en az bir kısa video platformunu aktif kullanmaktadır. Ortalama KVAÖ puanı 23,6 ± 6,12; KVBÖ puanı 25,9 ± 7,87; ASRS toplam puanı 49,7 ± 11,06 olarak bulunmuştur. KVBÖ ile ASRS arasında orta düzeyde pozitif ilişki ($r=0,501$; $p<0,001$), KVBÖ ile KVAÖ arasında güçlü pozitif ilişki ($r=0,628$; $p<0,001$) ve KVAÖ ile ASRS arasında düşük–orta düzeyde pozitif ilişki ($r=0,394$; $p<0,001$) saptanmıştır. Kısa video kullanan öğrencilerin KVBÖ puanları kullanmayanlara göre anlamlı biçimde yüksektir ($p<0,05$). Günlük ekran süresi ile kısa video bağımlılığı arasında zayıf pozitif korelasyon vardır ($r=0,154$; $p<0,001$) ve regresyon analizinde ekran süresi bağımlılık puanını düşük düzeyde yordamaktadır ($\beta=0,156$; $p<0,001$). Ayrıca kadın öğrencilerde KVAÖ, yalnız yaşayan öğrencilerde KVBÖ puanları anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0,05$).

Sonuç ve Öneriler

Bu bulgular, kısa video kullanımına eşlik eden akış deneyimi ve kullanım yoğunluğu arttıkça dikkat eksikliği belirtilerinin de artma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Çalışmanın sınırlılıkları arasında kesitsel tasarım nedeniyle nedensellik ilişkisi kurulamaması, uygunluk örneklemesi sebebiyle seçilim yanlılığı riski ve tek üniversitede yürütülmesi nedeniyle genellenebilirliğin sınırlı olması bulunmaktadır. Ölçeklerin özbildirim esaslı olması hatırlama ve sosyal istenirlik yanlılığına yol açabilir; ekran süresi nesnel olarak ölçülmemiştir.

Genel olarak çalışma, genç yetişkinlerde kısa video bağımlılığı, akış deneyimi, ekran süresi ve dikkat eksikliği belirtileri arasında anlamlı ilişkiler olduğunu ortaya koyarak halk sağlığı alanına önemli bir katkı sağlamaktadır. Üniversite ortamlarında dijital farkındalık, dikkat yönetimi ve sağlıklı çevrimiçi alışkanlıkların desteklenmesine yönelik programlara kanıt sunmaktadır. Uygulamaya dönük olarak üniversitelerde dijital hijyen eğitimlerinin yaygınlaştırılması, bildirim ve ekran süresi öz-düzenleme araçlarının tanıtılması, danışmanlık ve psikoeğitim hizmetlerinin güçlendirilmesi önerilmektedir. Gelecek çalışmalarda çok merkezli, boylamsal ve deneysel tasarımlar kullanılarak nesnel ekran süresi ölçümleri ve klinik değerlendirmelerle ilişkilerin doğrulanması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Dikkat eksikliği belirtileri, ekran süresi, halk sağlığı, kısa video bağımlılığı, üniversite öğrencileri

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S174]
ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE İNTERNET BAĞIMLILIĞI VE İNTERNET OYUN BAĞIMLILIĞI İLE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mehmet Burhan Küçükoğlu, Pelin Şavlı Emiroğlu, Sümeyye Nur Aydın, Merve Tokatlı Doğan
İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı

Giriş-Amaç

Davranışsal bağımlılıklar, bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığını etkilemekle birlikte sosyal işlevsellik alanlarında bozulmalara neden olmakta ayrıca aile ilişkilerini, akademik başarıyı ve toplumsal uyumu da olumsuz yönde etkilemektedir. İnternet ve dijital teknolojilerin yaygın kullanımı bireyler ve toplumlar açısından çok sayıda kolaylık ve fırsat sunmakla birlikte, bu araçların aşırı ve kontrolsüz kullanımı çeşitli olumsuz sağlık sonuçlarıyla ilişkilendirilmektedir. Özellikle genç nüfusta artan internet kullanımı, internet bağımlılığı ve internet oyun bozukluğu gibi yeni davranışsal bağımlılık türlerinin ortaya çıkmasına neden olmuştur (Kuss & Griffiths, 2017;WHO, 2019). Türkiye İstatistik Kurumu'nun güncel verilerine göre, 16–74 yaş grubundaki bireylerde internet kullanım oranı 2023 yılında %87,1 iken 2024 yılında %88,8'e yükselmiştir (TÜİK, 2024). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2024 yılında yayımlanan raporuna göre, Avrupa bölgesindeki gençler arasında sorunlu sosyal medya kullanımı oranı 2018 yılında %7 iken 2022 yılında %11'e çıkmıştır; ayrıca ergenlerin %12'si sorunlu oyun oynama riski altında bulunmaktadır (WHO, 2024). Bu veriler, internet kullanımındaki artışın yalnızca erişim düzeyini değil, aynı zamanda riskli kullanım davranışlarını da artırdığını göstermektedir. Bu bağlamda, internet bağımlılığı ve internet oyun bozukluğu gibi davranışsal bağımlılık biçimlerinin psikososyal koruyucu faktörlerle olan ilişkisini anlamak, halk sağlığı açısından önem taşımaktadır. Algılanan sosyal destek, bireyin stresle baş etme kapasitesini güçlendiren, yalnızlık ve depresyon düzeylerini azaltan, dolayısıyla bağımlılık davranışlarına karşı koruyucu bir rol üstlenen önemli bir psikososyal değişken olarak ele alınabilir (Cohen & Wills, 1985) Bu çalışma, günümüzde giderek yaygınlaşan internet bağımlılığı ve internet oyun bozukluğu olgusunu algılanan sosyal destek düzeyi ile ilişkilendirerek değerlendirmeyi; elde edilen bulguların, dijital bağımlılığın önlenmesi ve genç nüfusa yönelik müdahale programlarının geliştirilmesine katkı sağlamasını amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem

Kesitsel tipteki bu çalışma 25.04.2025-25.06.2025 tarihleri arasında İstanbul ilinde devlet ve özel üniversitelerde öğrenim gören 990 öğrenci ile yüz yüze anket yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmada davranışsal bağımlılıklar ile algılanan sosyal destek arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla Young İnternet Bağımlılığı Testi-Kısa Form, Internet Oyun Bağımlılığı Ölçeği–Kısa Form (IGDS9-SF) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) kullanılmış olup ölçek kullanım izinleri alınmıştır. Veri toplama aracının güvenilirlik düzeyi iç tutarlılık kat sayısı Cronbach's alpha değeri ile hesaplanmıştır. Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) kullanılmıştır. Çalışma Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Onay numarası:2025-07-13 ve tarihi:09.04.2025).

Bulgular

Çalışmaya katılan 990 üniversite öğrencisinin 730'u (%73.7) kadındı. Katılımcıların 819'u (%82.7) 18–23 yaş, 47'si (%4.7) 30 yaş ve üzerindeydi. Katılımcıların %71.4'ü günde 3 saatten fazla, %26.8'i 1–3 saat, %1.8'i 1 saatten az internet kullanmaktaydı. En sık kullanım amaçları sırasıyla sosyal medya (%68.2), bilgi/haber erişimi (%15.9), oyun (%6.7) ve alışveriş (%1.3) idi. En sık kullanılan platformlar Instagram (%87.0), YouTube (%63.9), TikTok (%37.4) ve X (%33.5) idi. Öğrencilerin "Young İnternet Bağımlılığı Testi" sorularına verdikleri yanıtlara göre ortalama puanları 27.7(± 8.5)'di ve katılımcıların 456'sında (%46.1) internet bağımlılığı saptandı. Öğrencilerin "İnternet Oyun Bağımlılığı Ölçeği" sorularına verdikleri yanıtlara göre ortalama puanları

15.3(±7.4)'dü. Öğrencilerin algılanan sosyal destek ölçeği sorularına verdikleri yanıtlara göre toplam puanı ortalaması 57.7(± 19.7)'di. Ölçek alt boyutlarına verilen yanıtların ortalama puanı sırasıyla aile desteği boyutu 20.5 (±7.2); arkadaş desteği boyutu 20.4 (±7.2), özel bir insan desteği boyutu 16.9(± 9.0)du. Öğrenciler arasında algılanan sosyal destek; kadınlarda (59.0±19.2; 54.2±20.4 p = 0.001), kültür/sanat etkinliğine katılanlarda (60.1±19.4;55.4±19.7 p<0.001),bedeninden memnun olanlarda (59.7±19.5;53.8±19.4 p<0.001), gelecek beklentisi yüksek olanlarda (60.7±20.4;57.5±18.7;41.5±20.2 p<0.001) ve fiziksel–ruhsal iyilik hali iyi/çok iyi olanlarda (62.3±19.4;55.8±18.6;44.7±18.5 p<0.001), internet bağımlılığı olmayanlarda (59.7±19.9±55.4±19.0 p<0.001) anlamlı düzeyde yüksekti. İnternet oyun bağımlılığı saptananlarda aile desteği alt boyutu puanı daha düşüktü (17.8±6.3; 20.5±7.2 p=0.038). Günlük internet kullanım süresi ile algılanan sosyal destek toplam puanı ve alt boyutları arasında anlamlı ilişki bulunmadı (p> 0.05).Yapılan çok değişkenli regresyon analizinde,fiziksel–bedensel iyilik halinin iyi/çok iyi olması, algılanan sosyal destek puanını artıran(6.544,%95 GA: 4.483–8.604, p <0.001) bir faktör olarak saptandı. Öğrencilerin internet bağımlılığı sorularına verdikleri yanıtlara göre internet bağımlılığı düzenli beslenenlerde (p<0.001), kültür/sanat etkinliğine katılanlarda (p<0.001), beden memnuniyeti iyi olanlarda (p<0.001), egzersiz yapanlarda (p<0.001), gelecek beklentisi yüksek olanlarda (p<0.001) daha düşüktü. Fiziksel–bedensel iyilik hali kötü olanlarda ve günde 3 saatten fazla internet kullananlarda internet bağımlılığı anlamlı derecede daha yüksekti (p<0.001). Yapılan post-hoc analizlerde, 3 saatten fazla internet kullanan grup, diğer gruplara göre anlamlı düzeyde daha yüksek bağımlılık puanına sahipti (p<0.001). İnternet oyun bağımlılığı puanları ise erkeklerde (p<0.001), beden memnuniyeti ve fiziksel -ruhsal iyilik hali kötü olanlarda anlamlı düzeyde yüksekti (sırasıyla p<0.001;p<0.001); düzenli beslenenlerde ve gelecek beklentisi yüksek olanlarda ise daha düşüktü (p = 0.005; p = 0.015). Günlük internet kullanım süresi arttıkça oyun bağımlılığı puanı da anlamlı olarak artmaktaydı (p<0.001). Algılanan sosyal destek ile internet bağımlılığı (r=–0.133, p<0.001) ve oyun bağımlılığı (r=–0.189,p<0.001) arasında çok düşük düzeyde negatif korelasyon saptandı. Yapılan çok değişkenli regresyon analizlerinde düzenli beslenme (OR = 1.547, %95 GA: 1.148-2.086, p = 0.004) ve fiziksel-ruhsal iyilik halinin (OR = 3.463, %95 GA: 2.102-5.707, p < 0.001) intenet bağımlılığı için koruyucu faktörler olduğu; günde 3 saatten fazla internet kullanımının ise internet bağımlılığını artıran bağımsız bir risk faktörü olarak tespit edildi (OR = 3.436, %95 GA: 1.062–11.113, p = 0.040)

Sonuç ve Öneriler

Çalışmamız, üniversite öğrencilerinde internet bağımlılığının yüksek olduğunu ve algılanan sosyal desteğin bağımlılık davranışlarına karşı koruyucu bir etki oluşturduğunu göstermektedir. Bulgularımız, bağımlılıkla mücadelede gençlerin psikososyal kaynaklarının ve sağlıklı yaşam davranışı alışkanlıklarının güçlendirilmesinin koruyucu etkiler sağlayabileceğini ortaya koymaktadır. Üniversitelerde sosyal destek ağlarının güçlendirilmesi, sağlıklı yaşam davranışlarının teşviki ve dijital farkındalık programlarının yaygınlaştırılması, bu açıdan önemli bir halk sağlığı önceliği olarak değerlendirilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bağımlılık, internet bağımlılığı, internet oyun bağımlılığı

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S175]
PERSPECTIVES ON MENTAL HEALTH INVESTMENT IN SCHOOLS AND WORKPLACES

***Muhammed Yusuf Özdemir*[1], *Hareth Al Janabi*[1], *Sarah Jane Fenton*[2]**
[1]*Department of Applied Health Sciences, School of Health Sciences, The University of Birmingham, Birmingham, United Kingdom*
[2]*Health Services and Management Centre, School of Social Policy and Society, The University of Birmingham, Birmingham, United Kingdom*

Introduction and Aim

Mental health is a growing global concern, and health systems—including in the UK—struggle to meet increasing demand. As the treatment gap widens, there is rising interest in investing in mental health through non-healthcare settings. Schools and workplaces are key sites to improve mental health—schools due to their central role in childhood development, and workplaces due to their reach into adult life. However, little is known about how stakeholders view and prioritise investment in these settings. Differences in values can shape what is prioritised, funded, and implemented. This study explores these perspectives to support more informed and inclusive decision-making.

Materials-Methods

Part of the Wellcome Trust-funded WISE (Wellbeing Investments in Schools and Employers) Project, this study uses Q-methodology—a mixed-method approach to study subjectivity. Two research tools were developed (one for schools, one for workplaces), shaped through document analysis, social media research, and secondary analysis of interviews, and refined via pilot Q-sort interviews. For schools, two Q-sets were created: one on practical policy choices and one on decision-making principles. For workplaces, one Q-set was created focused on practical policy choices. Participants were purposefully sampled from stakeholder groups: senior managers, non-managerial staff, the public, and the policy community. A total of 32 school interviews and 30 workplace interviews were conducted by the lead researcher (MYO). The lead researcher (MYO) has a background of medical degree and also experienced in qualitative data collection. Interviews were conducted both in-person (at the University of Birmingham facilities or participant's workplaces) and online (using Zoom and Teams online meeting softwares). Each interview took approximately 1 hour. Data were analysed using factor analysis and qualitative interpretation. KADE Q-methodology software version 1.3.1 (Banasick, 2019) was used for quantitative factor analysis. In the qualitative stage, interviews were thematically analysed (using Microsoft Word software), both inductive and deductive coding processes has ben followed. The interpretation of the data was concluded after a consensus between all three researchers: MYO, HA (lead supervisor, health economist) and SJ (second supervisor, mental health policy researcher).

Results

The schools strand identified five distinct factor solutions per Q-set. For practical policy choices: 1) Empowering pupils 2) Find and treat, 3) Staff first and egalitarian 4) Whole system approach, and 5) Universal-balanced strategy. For principles and processes: A) Children-focused, B) Education driven, C) Egalitarian centralised, D) Holistic approach, and E) Sector-specific responsibility. Stakeholder group patterns varied; for example, school staff were not aligned with Factor 4. The workplace strand identified five distinct factor solutions: 1) An inclusive work culture 2) Early and individual response 3) Work affects mental health 4) Management focus and 5) Productivity focus.

Discussion

While common ground exists between participants—such as on early identification and sustainable funding—there are clear differences in how priorities are defined and justified. These difference provide implications for different fields: Health and healthcare - Increasing awareness around mental health but different views on the definition of mental health. Different views on prioritising universal or targeted interventions. Different

views on the responsibility of schools/workplaces versus healthcare system. Public policy - Different views on government responsibility. Different views on “who to invest first” question, equality vs equity. Different priorities considering investments in school staff/workplace managers or children/employees. Organisational management Different views on the responsibility of the stakeholders and their involvement in decisions. Different goals and motivations behind the investments (e.g. health related outcomes vs educational success/ productivity). Health economics - Most “efficient” or “effective” solutions are prioritised by some participants, but generally there was low level of literacy on health economic analyses.

This study mainly focused on the schools and workplaces in UK setting. Although results are interpretable for other settings (countries) to some extent, further studies need to be conducted for transferability. For better interpretation of the results, power dynamics and organisational decision-making mechanisms in UK schools and workplaces need to be evaluated as well (other work packages of the WISE Project focuses on these aspects). Further epidemiological studies can also reveal the distribution of aforementioned viewpoint groups (factors) within the society.

Conclusion

The study reveals the diversity of stakeholder perspectives on mental health investment in schools and workplaces. Findings of this study can inform more responsive, context-aware strategies. The emerged viewpoint groups (factors) can be considered while designing and implementing public policies to improve mental health. Incorporating the views of different stakeholders is also crucial (e.g. through national level stakeholder meetings) as well as understanding the power dynamics and decision-making mechanisms within organisations to to mirror and involve different viewpoints.

Keywords: School mental health, workplace mental health, priority setting, attitudes research

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S176]
DEVELOPMENT AND PSYCHOMETRIC EVALUATION OF A HEALTH BELIEF MODEL–BASED EMOTIONAL VIOLENCE PERCEPTION SCALE FOR UNIVERSITY STUDENTS

***Özden Erdem*[1], *Ceren Mina Bükrük*[2], *Beray Tepebaşı*[2]**
[1]*Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı*
[2]*Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*

Introduction and Aim

Emotional violence is a pervasive yet often underestimated public health concern that profoundly affects young adults' psychological well-being, academic performance, and interpersonal relationships. Despite growing attention to emotional abuse and relational aggression, no validated instrument grounded in behavioral theory currently exists to assess how university students perceive emotional violence. The Health Belief Model (HBM) provides a robust conceptual framework to explain how individuals' beliefs about susceptibility, severity, benefits, barriers, and cues to action influence how they recognize and respond to emotionally abusive behaviors. Understanding these perceptions is essential for designing effective prevention and intervention programs that promote mental health and safe campus environments. Therefore, this methodological study aimed to develop and psychometrically validate the Health Belief Model–Based Emotional Violence Perception Scale (HBM-EVPS) for university students.

Materials-Methods

This methodological scale development study was conducted among preparatory class students at a public university between April 15 and May 15, 2024. Ethical approval was obtained from the University Ethics Committee (Date: April 15, 2024; Decision No: 2024/103). The sample size was calculated to be approximately five to ten times the total number of scale items, as recommended in psychometric research. Using a simple random sampling method, data collection days were randomly selected, and students who attended class and voluntarily agreed to participate were included. A total of 245 students participated (61.2% female; M = 19.35 years). Scale items were developed using the Delphi technique and refined through expert review to ensure content validity. Data were collected face-to-face via Google Forms, which included an informed consent form, a demographic information form, and the HBM-EVPS. The sampling adequacy was 6.8 times the number of items and was found to be excellent (KMO = 0.922; Bartlett's test $p < 0.001$). Both exploratory factor analysis (EFA) and confirmatory factor analysis (CFA) were conducted to evaluate construct validity. Reliability and internal consistency were examined using Cronbach's α, item–total correlations, and Hotelling's T^2 values, while convergent and discriminant validity were verified via composite reliability (CR) and average variance extracted (AVE). All analyses were performed using SPSS version 27 and AMOS structural equation modeling software

Results

EFA and CFA supported a six-factor structure consistent with the theoretical framework of the Health Belief Model (HBM): Perceived Susceptibility, Perceived Severity, Perceived Benefits, Perceived Barriers, Cues to Action, and Self-Efficacy. The overall scale demonstrated excellent internal consistency (Cronbach's $\alpha = 0.935$), with subscale alphas ranging from 0.78 to 0.91, confirming strong reliability across dimensions. CFA revealed good-to-excellent model fit indices ($\chi^2/df = 0.13–1.74$; RMSEA = 0.000–0.055). Hotelling's T^2 values (8.769–93.076; $p < 0.05$) indicated significant item discrimination across the scale. All subscales showed satisfactory internal consistency and measurement equivalence across items, confirming the scale's stability and precision.

Conclusion

The Health Belief Model–Emotional Violence Perception Scale (HBM-EVPS) demonstrated excellent psychometric properties, confirming its validity and reliability for assessing university students' perceptions of emotional violence. The theoretically grounded subscales comprehensively capture the multidimensional belief structures associated with emotional violence. Given its strong construct validity and internal consistency, the HBM-EVPS can be effectively integrated into university-based mental health screening, prevention programs, and counseling services. Its use may support evidence-based mental health promotion initiatives and contribute to developing safer, more equitable, and psychologically supportive university environments.

Keywords: Adolescent, mental health, peer bullying, public health nursing, youth

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S177]
STEM (SCIENCE, TECHNOLOGY, ENGINEERING, MATHEMATICS FEN, TEKNOLOJİ, MÜHENDİSLİK VE MATEMATİK) ALANLARINDAKİ KADIN ÖĞRENCİLERİN TOPLUMSAL CİNSİYETE İLİŞKİN TUTUMLARI VE KARİYER KAYGILARININ SAPTANMASI

Pınar Dilbaz[1], Türküler Erdost[2], Şevkat Bahar Özvarış[3]
[1]Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[2]Hacettepe Üniversitesi Psikolojik Danışma Birimi
[3]Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü

Giriş-Amaç

STEM (Science, Technology, Engineering, Mathematics – Fen, teknoloji, mühendislik ve matematik) alanlarında eğitim ve mesleki yaşamda toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri, ülkeler arasında farklılık gösterse de yaygın biçimde sürmektedir. Kadınların temsiliyeti biyoloji gibi bazı disiplinlerde yüksek olsa da mühendislik, fizik ve bilgisayar bilimlerinde belirgin biçimde düşüktür. Bunun nedenleri arasında, toplumdaki kadın algısının "bilim insanı" veya "mühendis" imajıyla çelişmesi yer almaktadır. Sosyal Kimlik Teorisi'ne göre kadınların STEM alanlarına yönelimi, kişisel ve toplumsal kimlik algılarıyla doğrudan ilişkilidir. "STEM erkeklere daha uygundur" klişesi hem erkekler hem de kadınlar tarafından içselleştirilmektedir.

STEM kariyerlerinin aile yaşamıyla uyumsuz olduğu inancı, ebeveyn ve öğretmenlerin yönlendirmeleriyle birleşerek kız çocuklarının bu alanlara ilgisini azaltmaktadır. Medya da toplumsal cinsiyete dayalı kalıpları pekiştirerek geleneksel meslek tercihlerine yol açabilmektedir.

Küresel ölçekte STEM alanlarında erkek egemenliği belirgindir. Fransa'da fizik öğrencilerinin %75'i, İspanya'da %73'ü, Almanya'da mühendislik öğrencilerinin %82'si erkektir. Türkiye'de STEM alanlarında kadınların oranı daha düşüktür; UNDP verilerine göre 2008–2018 arasında STEM mezunu kadın oranı %14,2'dir. Bu durum kadınların iş gücüne katılımı ve ekonomik bağımsızlığını sınırlamaktadır.

Eğitimde ve mesleki yaşamda kadınların önündeki engellerin kaldırılması, eşit fırsatlar sağlanması ve bilimsel verilere dayalı politikaların hayata geçirilmesi gerekmektedir. Türkiye'de STEM alanında eğitim gören kadın öğrencilerin toplumsal cinsiyet algıları ve karşılaştıkları sorunlar üzerine yapılan çalışmalar sınırlıdır. Bu nedenle, bu araştırma STEM alanındaki kadın öğrencilerin toplumsal cinsiyete ilişkin tutumlarını, kariyer seçimlerini ve yaşadıkları sorunları incelemeyi amaçlamıştır.

Gereç-Yöntem

Araştırmanın evrenini Hacettepe Üniversitesi Fen ve Mühendislik Fakültelerinde STEM alanlarında öğrenim gören toplam 3533 kadın öğrenci oluşturmuştur. Örneklem seçilmemiş olup, çevrimiçi anket aracılığıyla tüm evrene ulaşılması hedeflenmiştir. Ankete yalnızca STEM alanlarında öğrenim gören kadın öğrenciler dahil edilmiştir.

Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan 26 soruluk anket ve Türkçe geçerlilik güvenilirliliği olan Toplumsal Cinsiyet Rolleri Tutum Ölçeği ile toplanmıştır. Ölçek eşitlikçi, kadın, erkek, evlilikte ve geleneksel roller olmak üzere beş boyut ve 38 maddeden oluşmaktadır. Alınabilecek minimum puan 38, maksimum puan 190'dır. İç güvenilirlik katsayısı yüksektir (Cronbach's Alpha=0,92) ve maddeler arası fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Ölçekten alınan yüksek puanlar eşitlikçi, düşük puanlar geleneksel rollere işaret etmektedir.

Tanımlayıcı nitelikteki araştırmaya 291 kadın öğrenci katılmış, çevrimiçi onam alınmıştır. Veriler yalnızca araştırma amacıyla kullanılmıştır. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler; yüzde, ortanca, çeyrekler, en küçük ve en büyük değerler, standart sapma olarak belirtilmiştir.Kategorik değişkenlerin oluşturduğu gruplar arasındaki

farkı değerlendirmek için Pearson Ki-kare ve Fisher'ın Exact testleri yapılmış, anlamlılık düzeyi olarak p<0,05 kabul edilmiştir.

Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması 22,29'dur; %72,9'u il merkezinde yaşamıştır. Çoğu Anadolu Lisesi mezunudur (%74,9). Annelerin %39'u lise, babaların %42,8'i lisans mezunudur. Katılımcıların %61,3'ü sosyoekonomik durumunu "orta" olarak tanımlamıştır.

Öğrencilerin %61'i mühendislik, %27,4'ü matematik, %4,8'i kimya, %3,4'ü biyoloji bölümlerindedir. Katılımcıların %19,5'i gelir getiren bir işte çalışmakta olup, en yaygın iş öğretmenlik/özel ders ve stajyer mühendisliktir. Sadece %14,4'ü toplumsal cinsiyet konusunda eğitim aldığını bildirmiştir. Meslek seçiminde %62'si tek başına, %34,2'si ailesiyle birlikte karar verdiğini belirtmiştir. Katılımcıların %39,1'i STEM kavramını daha önce hiç duymamıştır.

Bölüm seçerken yaşanan başlıca zorluklar; toplumsal cinsiyet temelli olumsuz tutumlar (%23,2), aile baskısı (%15,1), bölümün zor ya da düşük potansiyelli görülmesi (%12,1), küçümsenme (%12,1) ve işsizlik kaygısıdır (%12,1). Öğrencilerin %39,4'ü erkeklerin STEM'de daha avantajlı olduğunu düşünmektedir; bu avantajların en yaygın gerekçeleri daha fazla destek görmeleri (%75,7) ve mezuniyet sonrası daha fazla iş olanağına sahip olmalarıdır (%47).

Katılımcıların %20,5'i cinsiyet/cinsel yönelim nedeniyle, %19,1'i kadın öğrenci sayısının azlığından, %15,4'ü kadın akademisyenlerin azlığından, %17,8'i akran zorbalığından, %7,5'i ise cinsel istismar/tacizden zorluk yaşadığını belirtmiştir. Geleceğe yönelik kaygılar arasında iş-yaşam dengesi sağlayamama (%49,3), kadın çalışan azlığı (%44,5), doğurganlık nedeniyle tercih edilmeme (%54,4) ve erkeklerden düşük maaş alma (%57,9) öne çıkmaktadır.

Katılımcıların %64,7'si bölümünden memnundur. Genel olarak akran ve akademisyen iletişiminden de memnun olduklarını bildirmiştir.

Toplumsal Cinsiyet Rolleri Tutum Ölçeği sonuçlarına göre öğrencilerin %67,1'i ortalamanın üzerinde (Ortalama±Standart Sapma=178,5±13,118) farkındalık düzeyine sahiptir. Yaşam boyu en uzun süre kalınan yerin farkındalık düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı bulunmuştur (p=0,773). Annesi lise ve üzeri mezunu olan katılımcıların farkındalık düzeyleri, daha düşük eğitim düzeyine sahip annesi olanlara göre anlamlı derecede yüksektir (p=0,021). Baba öğrenim durumu açısından ise anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,194). STEM kavramını bilen katılımcıların farkındalık düzeyleri, bilmeyenlere göre anlamlı olarak daha yüksektir (p=0,015). Öğrenim yaşamında kadın öğrenci sayısının veya kadın akademisyen sayısının azlığından etkilenme durumları farkındalık düzeyinde anlamlı bir farklılık yaratmamıştır (sırasıyla; p=0,576, p=0,149). Ancak cinsel istismar veya tacizden etkilenmiş olan katılımcıların farkındalık düzeyleri, etkilenmeyenlere göre anlamlı olarak daha yüksektir (p=0,034). Gelecekte iş yaşamında cinsiyet veya cinsel kimlik/yönelim nedeniyle kaygı yaşayan katılımcıların farkındalık düzeyleri ile yaşamayanlar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,050). Erkeklerden daha düşük ücret alma kaygısı ve cinsel istismar/taciz kaygısı ile farkındalık düzeyleri arasında da gruplar arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir (sırasıyla; p=0,052, p=0,596). Ayrıca, bölümden memnuniyet düzeyi arttıkça farkındalık düzeylerinin de yükseldiği, ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (p=0,067).

Sonuç ve Öneriler

STEM alanlarında kadınların düşük temsiliyetinin temelinde toplumsal cinsiyet stereotipleri, sosyal normlar ve yapısal engeller yer almaktadır. Araştırma sonuçları, kadın öğrencilerin STEM alanlarında meslek seçiminde zorlandığını, erkek öğrencilerin daha avantajlı olduğu algısının yaygın olduğunu ve kadınların iş yaşamında çeşitli engellerle karşılaşma kaygısı taşıdığını göstermektedir.

Kadınların STEM alanlarında daha fazla yer almasını sağlamak için erken yaşlardan itibaren toplumsal

cinsiyet eşitliğine yönelik eğitimler artırılmalı, ebeveynler ve öğretmenlerin farkındalığı yükseltilmelidir. Kadın rol modellerin görünürlüğü artırılmalı ve STEM alanlarında çalışan kadınları destekleyen politikalar geliştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: STEM, toplumsal cinsiyet farkındalığı, toplumsal cinsiyet rolleri ve kariyer seçimi

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S178]
ÜÇÜNCÜ BASAMAKTA MATERNAL ÖLÜME RAMAK KALA VAKALARIN İNCELENMESİ: VAKA-KONTROL ÇALIŞMASI

***Tuğçe Arslan Torba*[1], *Muhammed Fatih Önsüz*[2], *Selma Metintaş*[2], *Melih Velipaşaoğlu*[3], *Mehmet Can Keven*[4]**
[1]*Eskişehir Tepebaşı İlçe Sağlık Müdürlüğü*
[2]*Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[3]*Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Perinatoloji Bilim Dalı*
[4]*T.C. Sağlık Bakanlığı Eskişehir Şehir Hastanesi, Perinatoloji Kliniği*

Giriş-Amaç

Maternal ölüme ramak kala (MÖRK-maternal near miss), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından "gebelik, doğum veya gebeliğin sonlandırılmasından sonraki 42 gün içinde meydana gelen bir komplikasyon nedeniyle neredeyse ölmek üzere olan ancak hayatta kalan kadın" olarak tanımlanmaktadır. Maternal mortalite ve şiddetli maternal morbidite risklerinin azalması sonucu MÖRK kavramı önem kazanmıştır. Bu çalışmanın amacı, Eskişehir ilindeki üçüncü basamak hastanelerde doğum yapan kadınlarda MÖRK durumunun görülme sıklığını tespit etmek, bu durumun nedenlerini ve ilişkili risk faktörlerini detaylı olarak incelemek ve elde edilen bulgular doğrultusunda anne sağlığını iyileştirmeye yönelik stratejilere katkı sunmaktır.

Gereç-Yöntem

Çalışma, Eskişehir ilinde bulunan üçüncü basamak hastanelerde yürütülen çok merkezli, retrospektif bir vaka-kontrol araştırmasıdır. Çalışmanın yapılabilmesi için gerekli olan etik kurul onayı (27.02.2024/67) ve idari izinler alınmıştır. Çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamış olup, çıkar çatışması bulunmamaktadır. Çalışmanın evrenini bu hastanelerde 01.01.2022-31.12.2023 tarihleri arasında doğum yapmış 10.360 kadın oluşturmaktadır. Araştırmacı tarafından 10.360 adet dosya incelenmiş olup, DSÖ MÖRK kriterlerini karşılayan 53 hasta vaka grubunu, kontrol olma kriterini sağlayan 159 kadın da kontrol grubunu oluşturmuştur. Çalışmada MÖRK kriteri olarak DSÖ'nün 2011 yılında revize ettiği kriterler kullanılmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından literatürden faydalanılarak oluşturulan veri toplama formu kullanılmıştır. Veri toplama formu, hastalara ait sosyodemografik özellikler, jinekolojik ve obstetrik öyküsü ile ilgili bilgiler ve biyokimyasal parametrelerden oluşan üç bölümden oluşmaktadır. Elde edilen veriler IBM SPSS v.31.0 programı ile analiz edildi. Veriler normal dağılıma uymadığından Mann-Whitney U testi, kategorik veriler için ki-kare ve Fisher's Exact testleri kullanıldı. Tek değişkenli analizlerde MÖRK ile ilişkili değişkenler Çok Değişkenli Lojistik Regresyon analizine (Enter) dahil edildi. Sonuçlar yaş ve pariteye göre düzeltilmiş odds oranları (AOR) ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık için p<=0.05 kabul edildi.

Bulgular

Eskişehir'deki üçüncü basamak hastanelerde MÖRK insidansı 1.000 canlı doğumda 5.18 olarak hesaplanmıştır. Üniversite Hastanesi'nde insidans 1.000 canlı doğumda 23.08, Şehir Hastanesi'nde ise 2.47 olup, iki hastane arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.001). MÖRK olarak tanımlanan 53 vakanın yaşadığı ciddi maternal komplikasyonlar incelendiğinde, en sık karşılaşılan komplikasyonlar sırasıyla ciddi postpartum hemoraji, uterus rüptürü ve ciddi preeklampsi olarak saptanmıştır. En sık uygulanan kritik müdahale %73.6 ile kan ürünü kullanımı olmuştur. Vaka grubunda MÖRK kriterlerinin dağılımı incelendiğinde, en sık karşılaşılan durumlar sırasıyla %58.5 ile pıhtılaşma/hematolojik fonksiyon bozukluğu ve %47.2 ile uterin disfonksiyon olarak belirlenmiştir. Araştırmada çoklu lojistik regresyon analizi sonucunda anemi durumu, doğum haftası, sezaryen öyküsü, iki gebelik arası süre ve kronik hastalık değişkenlerinin MÖRK için bağımsız risk faktörleri olduğu belirlenmiştir. Anemi durumu, MÖRK riskini yaklaşık 15 kat artırarak en güçlü risk faktörü olarak bulunmuştur (aOR=15.34, %95 GA:6.79-34.67, p<0.001). Benzer şekilde, preterm doğum, MÖRK riskini yaklaşık 12 kat artırmaktadır (aOR=12.39, %95 GA:5.88-26.11, p=0.001). Sezaryen öyküsünün

varlığı, MÖRK riskini yaklaşık 5 kat artırmaktadır (aOR=5.35, %95 GA:2.05-13.95, p = 0.001). İki gebelik arası sürenin 2 yıl ve altında olması, MÖRK riskini yaklaşık 3 kat artırmaktadır (aOR=3.33, %95 GA:1.48-7.47, p=0.004). Kronik hastalığı olan gebelerde, MÖRK riski 2 kat artmaktadır (aOR=2.17, %95 GA:1.04-4.54, p=0.038). Hiç antenatal takibi olmayan gebelerin MÖRK riski yaklaşık 4 kat artmıştır (aOR=4.28, %95 GA:1.36-13.49, p=0.013).

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma, Eskişehir'deki üçüncü basamak hastanelerde MÖRK sıklığını ve ilişkili risk faktörlerini ortaya koymuştur. Anemi, preterm doğum, sezaryen öyküsü, kısa gebelik aralığı, kronik hastalık ve antenatal takipsizlik, MÖRK için en güçlü belirleyiciler olarak saptanmıştır. Bu bulgular, anemi taraması ve tedavisinin güçlendirilmesi, antenatal bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması, sezaryenlerin kanıta dayalı uygulanması ve doğum aralıklarının düzenlenmesine yönelik aile planlaması hizmetlerinin desteklenmesinin maternal sonuçları iyileştirebileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Anne sağlığı, maternal morbidite, maternal near-miss, vaka-kontrol çalışması

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S179]
ŞIRNAK CİZRE'DE DEVLET HASTANESİNE BAŞVURAN GEBELERİN EMZİRME ÖZYETERLİLİKLERİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Ecenur Yağcı*, *Ayfer Emlik
Şırnak Cizre İlçe Sağlık Müdürlüğü

Giriş-Amaç

Gebelik döneminde anne adaylarının emzirme konusundaki öz-yeterliliği, anne ve bebek sağlığı açısından son derece önemlidir. Bu bağlamda, mevcut çalışma Şırnak Cizre Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran gebelerde prenatal emzirme öz-yeterlilik düzeylerini ve bu düzeyle ilişkili olabilecek faktörleri belirlemeyi amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem

İlçe Devlet Hastanesi'nde 1 Ekim–30 Kasım 2024 tarihleri arasında yürütülen kesitsel araştırmada uygunluk örneklemesi yöntemi kullanılmıştır. Kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran, 28. gebelik haftasından büyük 273 gebeye anketler yüz yüze uygulanmıştır. Veri toplamada sosyodemografik soru formu ve "Prenatal Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği" kullanılmıştır. Veriler SPSS 26.0 programı ile analiz edilmiştir. Çalışma için kurumsal izinler Cizre Devlet Hastanesi ve Şırnak İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınmıştır (Belge No: 250898608 / Tarih: 09.08.2024) ve etik onay Şırnak Üniversitesi Etik Kurulu tarafından verilmiştir (Etik Kurul Karar No: 108761 / Tarih: 03.10.2024).

Bulgular

Emzirme öz-yeterlilik puan medyanı 97'dir (61–100). Emzirme öz-yeterliliği ile eğitim düzeyi ($r = 0,107$; $p = 0,026$) ve 18 yaş ve üzerinde evlenen kadınlar arasında evlenme yaşı ($r = 0,158$; $p = 0,014$) arasında pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. En az ilkokul mezunu olan kadınların öz-yeterlilik puanları [97 (70–100)], okuryazar olmayan kadınlara [96 (61–100)] kıyasla anlamlı düzeyde yüksektir ($p = 0,010$). Emzirme deneyimi olan kadınlar arasında, beş ve üzeri gebeliği olanların ve sağlık personelinden anne sütü ve emzirme eğitimi almayanların sosyal destek almama olasılığı sırasıyla 3,25 ve 2,25 kat daha yüksek bulunmuştur ($p = 0,001$; OR = 3,25; %95 GA: 1,58–6,67 ve $p = 0,008$; OR = 2,25; %95 GA: 1,24–4,09).

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma, doğurganlık ve çocuk nüfus oranının yüksek olduğu bir ilçede emzirme öz-yeterliliğinin yüksek olduğunu göstermektedir. Özellikle daha yüksek eğitim düzeyi ve 18 yaş ve üzerinde evlenen kadınlarda daha ileri evlilik yaşı öz-yeterlilik düzeyini olumlu etkilemiştir. Beş ve üzeri gebeliği olan kadınlar emzirme dönemlerinde sosyal destek alma yönünden dezavantajlı olabilmektedir. Sağlık profesyonelleri tarafından anne sütü ve emzirme konularında yapılan bilgilendirmeler, annelerin emzirme dönemlerinde sosyal destek arayışını teşvik eden ve aile katılımını artıran çok boyutlu bir destek mekanizması olarak rol oynayabilir.

Anahtar Kelimeler: Emzirme, öz-yeterlilik, gebelik, Prenatal Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği, sosyal destek

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S180]
SERVİKS KANSERİNİN SOSYOEKONOMİK DURUM VE HPV AŞISI İLE İLİŞKİSİ

Ayşe Nur Taştekin Ayvalı[1], Neriman Aydın[1], Neslihan Bayramoğlu Tepe[2]
[1]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[2]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Serviks kanseri, dünya genelinde kadınlarda en sık görülen maligniteler arasında yer almakta ve büyük oranda (%99,7) HPV enfeksiyonu ile ilişkilidir. Erken tanı konulduğunda tedavi edilebilir bir hastalık olmasına rağmen, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde mortalite oranları yüksektir. HPV aşısı ve tarama programları serviks kanserinin önlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Bu çalışma, serviks kanseri gelişiminde sosyoekonomik düzey ve HPV aşılanma durumu arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem

Vaka-kontrol tipinde planlanan araştırmada vaka grubunu, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne Ekim 2012–Ocak 2024 arasında başvuran ve ICD-10 kodu C53 olan 449 serviks kanseri olgusu oluşturmuştur. Kontrol grubunu ise Şubat–Haziran 2024 döneminde aynı merkezde kadın hastalıkları ve dahiliye polikliniklerine başvuran, kanser tanısı almamış ve yaş-cinsiyet açısından vakalarla benzer bireyler oluşturmuştur. Literatürdeki örnek çalışma ışığında, serviks kanseri tanısı alan ve almayan grupların gelir düzeyleri ilişkisinde düşük düzey etki büyüklüğü (w=0,18) beklentisinin istatistiksel olarak anlamlı bulunması için minimum gerekli katılımcı sayısı 337 olarak hesaplanmıştır (α=0,05; 1-β=0,80). Vaka grubunun evrenini oluşturan 449 kişinin tamamı telefonla aranmıştır. Bu kişilerden çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler, vefat edenler, telefon numarası yanlış olanlar ve telefonu açmayanlar araştırmaya alınamamıştır. Bu nedenle vaka grubunun örneklemi 113 kişi olarak belirlenmiştir. Vaka/Kontrol oranı 1/2 olarak belirlenip, 229 kişi kontrol grubunun örneklemine dahil edilmiştir. Veriler, sosyodemografik ve sosyoekonomik özellikler, risk faktörleri ve HPV farkındalığını içeren yapılandırılmış anket formlarıyla toplanmıştır. Katılımcıların sosyoekonomik düzeyini belirlemede Türkiye İstatistik Kurumu'nun "maddi yoksunluk" tanımı kullanılmıştır. Bu tanıma göre ciddi finansal sıkıntı, belirlenmiş 9 maddeden en az 4'ünü ekonomik nedenlerle karşılayamama durumudur (ör. beklenmedik harcama yapamama, kira veya fatura ödeme zorluğu, et/tavuk/balık tüketememe, temel dayanıklı tüketim eşyalarına sahip olamama vb.). Katılımcılara yöneltilen "HPV aşısını daha önce duydunuz mu?" ve "HPV aşısını yaptırdınız mı?" sorularına verilen yanıtlar doğrultusunda, HPV aşısı hakkında bilgi sahibi olma ve aşı olma durumları ikili (evet/hayır) değişkenler olarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizler SPSS 25.0 programı ile yapılmıştır. Ki kare testi, Fisher kesin testi, odds oranı hesaplamaları ve çok değişkenli lojistik regresyon analizleri uygulanmıştır. p<0,05 anlamlı kabul edilmiştir. Etik kurul onayı Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (2023/344) alınmıştır. Bu araştırmanın kısıtlılıkları şunlardır: Ulaşılamayan olgular nedeniyle örneklem sınırlı kalmıştır ve vaka ile kontroller farklı zamanlarda seçildiğinden sonuçlar dönemsel farklardan etkilenmiş olabilir.

Bulgular

Araştırmaya 113 vaka ve 229 kontrol katılmıştır. Vakaların %72,6'sı, kontrollerin %79,5'i evlidir. Vakaların %75,2'si il merkezinde yaşarken, kontrollerin %86'sı il merkezindedir; köy ve kasaba yaşamı vakalarda daha yüksektir (p<0,05). Ev tipi açısından vakaların %48,7'si, kontrollerin %50,2'si apartman dairesinde otururken, vakalar gecekondu ve köy evinde kontrollerden daha sık yaşamaktadır (p<0,05). Maddi yoksunluk vakalarda %65,5, kontrollerde %55,5 olup fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (OR=1,35, GA=0,83-2,12). İlk cinsel ilişki yaşı <=20 olanların oranı vakalarda %85,7, kontrollerde %80,3'tür (OR=1,48, GA=0,79–2,75). Vakaların %21,2'si, kontrollerin %7,4'ü eşlerinin birden fazla evlilik yaptığını belirtmiş olup, vakalarda daha fazladır (OR=5,06, GA=2,51-10,22). Sigara kullanımı vakalarda %26,5, kontrollerde %14,4'tür (OR=2,15,

GA=1,23-3,75). Serviks kanserini duyma oranı vakalarda %45,1, kontrollerde %87,4 olup, kontrollerde daha yüksektir (OR=8,38, GA=4,90-14,35). Pap smear testini yaptırmama vakalarda %87,6, kontrollerde %55,5 olup, vakalarda daha yüksektir (OR=5,68, GA=3,06-10,53). HPV aşısı hakkında bilgi sahibi olma oranı vakalarda %18,6, kontrollerde %3,5 olup, vakalarda daha yüksektir (OR=6,31, GA=2,70-14,75). HPV aşısı ile ilgili bilgisi olan katılımcılardan vaka grubundakilerin tamamı, kontrol grubundakilerin ise % 87,5'i HPV aşısını yaptırmadığını belirtmiştir. Lojistik regresyon analizine göre; ilk cinsel ilişki yaşı <=18 olanların serviks kanseri olma olasılığı 1,82 kat (OR=1,82, GA=1,11-2,98), sigara içen veya içip bırakmış olanların olasılığı 1,99 kat (OR=1,90, GA=1,13-3,52) daha yüksektir. Maddi yoksunluk ve eşin evlilik sayısı anlamlı bulunmamıştır (OR=1,35 ve OR=1,87 sırasıyla).

Sonuç ve Öneriler

Bu araştırmada serviks kanseriyle ilişkili temel risk faktörleri arasında erken yaşta cinsel ilişki ve sigara kullanımı öne çıkmıştır. Serviks kanseri hakkında bilgi düzeyi görece yüksek olsa da, Pap smear testi yaptırma ve HPV aşısı olma oranları düşüktür. Bu bulgular doğrultusunda, genç yaş grubuna yönelik cinsel sağlık eğitimlerinin güçlendirilmesi, sigara bırakma hizmetlerinin kadın sağlığı programlarına entegre edilmesi ve aile hekimleri aracılığıyla HPV aşısı ve tarama testleri hakkında bilgilendirme çalışmalarının yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Serviks kanseri, HPV aşısı, sosyoekonomik durum

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S181]
GEBE SINIFINA KATILAN GEBELERDE SEZARYEN ORANLARININ TÜRKİYE ULUSAL ORANLARIYLA KARŞILAŞTIRILMASI

***Leyla Tekdemir**, Semiha Zeynep Özsaydı, Rana Baykan Gürüz, Özlem Ulutabanca*
Kayseri Kocasinan İlçe Sağlık Müdürlüğü

Giriş-Amaç

Sezaryen doğum (SD), belirli koşullar altında anne ve fetüs için hayat kurtarıcı olabilen cerrahi bir doğum şeklidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ülkeler için belirli bir nüfus düzeyinde ya da hastane düzeyinde hedeflenen sezaryen oranı önermemektedir. Her hastanenin hizmet verdiği nüfusa ve kapasitesine bağlı olarak sezaryen ihtiyacı farklılık göstermektedir; büyük hastaneler komplike doğumlar nedeniyle daha fazla sezaryen yaparken, küçük tesisler gerekli donanıma sahip olmayabilir. Bunun yerine DSÖ'nün yürüttüğü çalışmalarda, sezaryen oranları %10'a kadar arttıkça anne ve yenidoğan ölüm oranlarının azaldığı, ancak bu oranın üzerine çıkıldığında ek bir düşüş gözlenmediği saptanmıştır. Öte yandan, anne ve yenidoğan ölümleri yalnızca dikkate alınması gereken sonuçlar değildir. Obstetrik fistül, doğum asfiksi, anne-bebek etkileşimi, kadınların psikolojik sağlığı, emzirmeyi başlatma yeteneği ve pediatrik gelişim gibi kısa ve uzun dönemli morbidite ve psikososyal etkiler de önemli sonuçlar arasında yer almaktadır. Literatür; vajinal doğumla karşılaştırıldığında, sezaryen doğumun idrar kaçırma ve pelvik organ sarkması riskinin azalmasıyla ilişkili olduğunu, ancak çocukta astım ve obezite riskini artırdığını, annede plasenta previa, uterin rüptür ve ölü doğum gibi çeşitli gebelik risklerine yol açabildiğini bulmuştur. Ancak bu durumun doğurganlık, gelecekteki gebelik ve uzun vadeli çocukluk dönemi sonuçları açısından artan risklerle birlikte değerlendirilmesi gerektiğini söylemektedir. Ancak, Türkiye'de sezaryen doğum oranları, 2023 yılında kamu hastanelerinde %49.6, üniversite hastanelerinde %76.4, özel hastanelerde %79.2, toplamda %64,2'ye ulaşarak bu önerilen sınırın çok üzerinde kalmaktadır. Türkiye'de söz konusu artışı denetim altına almak ve doğum öncesi bakım sürecinde gebelerin daha sağlıklı bir gebelik dönemi geçirmelerini, yenidoğanlarına yönelik bilinçli bakım sağlamalarını desteklemek amacıyla, Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu ve özel hastanelerde 2017 yılından itibaren gebe okulları kurulmaya başlanmıştır. Bu merkezlerde gebelere eğitim ve danışmanlık hizmetleri verilmekte ve katılım sonrası eğitim sertifikaları düzenlenmektedir. Antenatal eğitim programları olarak bilinen gebe sınıfları, gebelerin doğum deneyimlerini olumlu yönde etkileyebilir. Bu programlar, anne adaylarına doğum süreci hakkında bilgi vererek, doğum korkusunu azaltabilir ve doğum tercihlerini etkileyebilir. Bu nedenle, bu çalışma, gebe sınıfına katılan gebelerde sezaryen doğum oranlarını Türkiye'nin ulusal verileriyle karşılaştırarak, antenatal eğitimin sezaryen doğum oranları üzerindeki potansiyel etkilerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem

Araştırma Tipi ve Tasarımı:

Bu araştırma, gebe sınıfı eğitimine katılan gebelerin doğum şekillerini Türkiye genel verileriyle karşılaştırmak amacıyla yürütülmüş retrospektif bir çalışmadır.

Araştırma Yeri ve Zamanı:

Çalışma, Kayseri Kocasinan ilçesi Mustafa Kızıklı Sağlıklı Hayat Merkezi 2023-2024-2025 ilk 9 ay gebe sınıfı verileri ile yürütülmüştür. Veri toplama süreci 2025 yılı içinde tamamlanmıştır.

Evren ve Örneklem:

Araştırmanın evrenini, belirtilen yıllar arasında Sağlıklı Hayat Merkezi'nde gebe sınıfı eğitimine katılan tüm gebeler oluşturmuştur. Çalışmaya 143 gebe dâhil edilmiştir. Doğumunu tamamlamış kayıtlarına eksiksiz ulaşılabilen 125 gebe analize dahil edilmiştir.

Veri Kaynakları ve Toplama Süreci:

Veriler, sağlıklı hayat merkezinin gebe sınıfı katılım kayıtları ve lohusa ziyareti kayıtlarından retrospektif olarak elde edilmiştir. Kayıtlarda yer alan sosyodemografik özellikler, gebelik öyküsü, doğum şekli (vajinal doğum/ sezaryen), beyan ettikleri gebelik risk durumları, eğitim katılımına ilişkin bilgiler incelenmiştir. Türkiye genel sezaryen oranları ise Sağlık Bakanlığı istatistik yıllığından alınmıştır.

Veri Analizi:

Verilerin analizi IBM SPSS Statistics 25.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Gebe sınıfına katılan kadınların sezaryen oranı ile Türkiye genel sezaryen oranı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını belirlemek için tek örneklem binomial test uygulanmıştır. Beyana dayalı risk durumu varlığı ile doğum şekli kıyaslaması için ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Etik İlkeler:

Araştırma için Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni, Kayseri Şehir Hastanesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır (tarih:26.09.2025 karar no:592). Çalışma verileri yalnızca kurum kayıtlarından elde edilmiş, katılımcı kimlik bilgileri gizli tutulmuştur.

Bulgular

Araştırmaya toplam 143 kişi dahil edildi. 18'i (12.6) 2023, 72'si (50.3) 2024, 53'ü (%37.1) 2025 yılında gebe sınıfına katılan gebeler idi. %67.1'i ev hanımı iken %32.9'u çalışıyordu. Ulaşılamayan ve henüz gebeliği sonlanmamış 18 kişi çıkarıldığında, kalan 125 kişinin 71'i (56.8) sezaryenle, 54'ü (%43.2) vajinal yolla doğum yaptı. Doğum sonrası bir hafta içinde yapılan lohusa ziyaretlerinde, 125 bebeğin 123'ü anne sütü alıyordu. 143 gebenin 7'si (%4.9) 35 yaş üstü gebeydi, 8'inin (%5.6) 4. ve üzeri gebeliği idi, 4'ü (%2.8) tüp bebekti. %74.8'inin beyanına göre bir risk durumu bulunmuyordu. Doğumu gerçekleşmiş 125 gebenin %56.8'i sezaryenle, %43.2'si vajinal yolla doğum gerçekleştirmiştir. Gebe sınıfına katılanların sezaryen oranları ile Türkiye ortalaması ile karşılaştırması Tablo 2'de gösterilmiştir. Binom testi, gebe sınıfına katılanlarda sezaryen oranının(%56.8) Türkiye ortalamasından (%64.2) düşük olmasına rağmen, farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermiştir ($p=0.058$). Risk durumu beyan edem gebelerde sezaryen oranı anlamlı derecede daha yüksektir ($p=0.024$).

Sonuç ve Öneriler

Mevcut literatür, gebe sınıfı eğitimlerinin sezaryen oranlarını azaltmada etkili olabileceğini göstermektedir. Örneğin, bir çalışmada gebe okuluna katılanlarda sezaryen oranı %34,9 iken, katılmayanlarda bu oran %67,4 olarak bulunmuştur (6). Başka bir çalışmada ise gebe okuluna katılmayanlarda sezaryen oranı %37,2 iken, katılanlarda %10 olarak bulunmuştur, ancak doğum korkusu ölçek puanları eğitim alanlarda daha yüksek bulunmuştur (7). Ancak, bu eğitimlerin etkinliği konusunda bazı sınırlamalar bulunmaktadır. Örneğin, geç dönemde verilen bireysel eğitimlerin sezaryen oranını azaltmada etkili olmadığı bildirilmiştir (8). Çalışmamızda gebe sınıfına katılan 125 kadının doğum şekillerine ve risk durumlarına bakıldığında, genel sezaryen oranı Türkiye ortalamasının (%64,2) altında olsa da (%56,8), farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ve sezaryen oranının hâlâ yüksek olduğu görülmüştür. Çoğu risk durumu klinik olarak sezaryen endikasyonu oluşturmamasına rağmen sezaryen oranlarının yüksekliği, mevcut gebe sınıfı eğitimlerinin tek başına etkili olmadığını düşündürmektedir.

Kısıtlılıklar

Öncelikle, araştırma verileri tek bir sağlıklı hayat merkezinden elde edildiği için, sonuçların genellenebilirliği sınırlıdır. Sezaryen kararını etkileyebilecek hekim tutumu, kurum politikaları veya obstetrik komplikasyonlar gibi değişkenler tam olarak kontrol edilememiştir. Son olarak, eğitim içeriklerinin standardizasyonu ve eğitici nitelikleri farklılık gösterebileceğinden, bu durum eğitimlerin etkinliği üzerinde etkili olmuş olabilir.

Anahtar Kelimeler: Gebe eğitimi, sezaryen doğum, vajinal doğum

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S182]
''GENÇLER KENDİ SAĞLIĞINI KONUŞUYOR'' EĞİTİM PROGRAMININ CİNSEL SAĞLIK BİLGİ DÜZEYİNE ETKİSİ

***Ayşenur Tosun*[1], Melike Nur Ünver Şimşek[1], Enes Altuntaş[1], Duygu Erişkin[2], İpek Gündoğdu[1], Ahmet Soner Emre[2], Türkan Günay[1]**
[1]*Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[2]*İzmir Büyükşehir Belediyesi*

Giriş-Amaç

Cinsel sağlık ve üreme sağlığı (CSÜS), cinselliğe ilişkin fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal iyilik hali ve sağlıklı bir yaşamın önemli bir parçasıdır. Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlık davranışlarını doğrudan etkilemekte olup eğitim, bu kavramın geliştirilmesinde temel bir rol oynamaktadır. Yetersiz bilgiyle cinsel yaşama başlanması, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, erken yaşta doğurganlık ve istenmeyen gebeliklere yol açabilmektedir. Önemli bir yerel yönetim hizmeti olan İzmir Büyükşehir Belediyesi(İzBB)- Gençler Kendi Sağlığını Konuşuyor Eğitim Programı, 18-25 yaş gençlerin CSÜS konusunda bilgilenmelerine yönelik olarak 2022 yılından beri sürdürülmektedir. Bu araştırmanın amacı:

1. İzBB- Gençler Kendi Sağlığını Konuşuyor" Eğitim Programına başvuranların cinsel sağlık bilgi düzeyinin belirlenmesi,
2. Uygulanan Eğitim Programının cinsel sağlık bilgi düzeyine etkisinin değerlendirilmesidir.

Gereç-Yöntem

Çalışma, müdahale araştırması olup, Mart - Haziran 2025 tarihleri arasında eğitime katılan 22 genç çalışma grubunu oluşturmaktadır. Eğitime katılım için davet ve bilgilendirme duyuruları çeşitli sosyal medya platformları ve belediyenin gençlere yönelik hizmet sunan birimleri üzerinden paylaşılmıştır. Bu dönemde 2 eğitim programı gerçekleştirilebilmiştir. Çalışmanın bağımlı değişkeni, cinsel sağlık bilgi düzeyidir. Bu değişken; 28 adet bilgi düzeyi sorusuyla her doğru yanıta 1 puan verilerek değerlendirilmiştir. Çalışmanın bağımsız değişkeni, Gençler Kendi Sağlığını Konuşuyor" Eğitim Programı'dır. Program, etkileşimli eğitim yöntemleri kullanılarak yürütülen altı modülden oluşmaktadır. Üreme organları ve işlevleri, üreme sağlığı, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve korunma yolları, CSÜS psikososyal boyutu (duygular, düşünceler ve tutumlar), toplumsal cinsiyet ve flört şiddeti, olumlu cinsel sağlık için güvenli cinsellik mesajı üretim atölyesini içermektedir. Tanımlayıcı değişkenler: yaş, cinsiyet, anne-baba eğitim durumu, büyüdüğü yer, gelir düzeyi, üniversite öğrencisi olma durumu, ailenin tutumu, cinsel aktif olma durumu, daha önce CSÜS eğitimi alma, bilgi kaynağıdır. Veri, veri toplama formuyla gözlem altında toplanmıştır. Eğitim öncesinde ve sonrasında CSÜS bilgi düzeyini ölçen aynı veri toplama formu kullanılmıştır. Tanımlayıcı bulgular sayı (yüzde), ortanca (IQR) olarak sunulmuştur. İstatistiksel analizler için SPSS 29.0 Paket Program kullanılmış olup veriler normal dağılıma uymadığından Wilcoxon işaretli sıralar testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir. Çalışmanın etik onayı Dokuz Eylül Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (26.3.2025/ 9573-GOA) alınmıştır. Çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamış olup, çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular

Çalışma grubunun %81,8'i kadın, %77,3'ü üniversite öğrencisidir. Yaş ortalaması 22.1±2.0'dir. Babaların %50'si üniversite mezunu, annelerin %54,5'i lise mezunu olup %59,1'inin geliri giderine denktir, %27,3'ü ev arkadaşıyla yaşamakta, %18,2'si yurtta yaşamakta, %45,5'i büyükşehir merkezinde büyümüştür. %72.7'sinin ailesinin kendisine karşı tutumu anlayışlı, %31,8'i daha önce cinsel sağlık eğitimi almış, %54,5'i son bir yıl içinde cinsel ilişki yaşamış ve %68,2'sinin partneri yoktur. Katılımcıların %86,4'ü sosyal medyayı, %18,2'si sağlık çalışanını bilgi kaynağı olarak belirtmiştir. Çalışma grubunun eğitim öncesi toplam bilgi puanı ortancası 21,5 (IQR 20,8–23,3)'tir. Eğitim sonrası toplam bilgi puanı ortancası 26 (IQR 24–27)'dır ve anlamlı olarak

yüksektir (p=0,003). Eğitim sonrası üreme sağlığı bilgi puanı [medyan 9 (IQR 7,8–9)], eğitim öncesi üreme sağlığı bilgi puanından [medyan 6 (IQR 5–7)] anlamlı olarak yüksektir. (p<0,001). Eğitim sonrası cinsel yolla bulaşan hastalıklar bilgi puanı [medyan 9 (IQR 8–10)], eğitim öncesi cinsel yolla bulaşan hastalıklar bilgi puanından [medyan 8 (IQR 7–9)] anlamlı olarak yüksektir (p=0,016).

Sonuç ve Öneriler

Çalışmada "Gençler Kendi Sağlığını Konuşuyor Eğitim Programı"nın cinsel sağlık bilgi düzeyini artırmada etkili olduğu saptanmıştır. Yerel yönetimler tarafından yürütülen bu tür eğitim programlarının, gençlerin sağlık davranışlarını geliştirme ve toplumsal farkındalığı artırma açısından güçlü bir araç olabileceği düşünülmektedir. Gençlerin cinsel sağlık konusundaki bilgi düzeylerinin artması, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, erken yaşta doğurganlık ve istenmeyen gebelikler gibi üreme sağlığı sorunlarının yaşanmasını engelleyebilecektir.

Anahtar Kelimeler: Bilgi düzeyi, cinsel sağlık, eğitim

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S183]
ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİSİ KADINLARDA MEME KANSERİ VE ÖZ MUAYENE EĞİTİMLERİNİN BİLGİ VE FARKINDALIK DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Ersin Uskun[1], Özgür Önal[1], Sabriye Ercan[2], Mehtap Savran[3], Pelin Özkan Buyruk[1], Gizem Başer[1], Tuğçe Çamlıca[4]
[1]Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi, Spor Hekimliği Anabilim Dalı
[3]Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı
[4]Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü

Giriş-Amaç

Meme kanseri, dünya genelinde kadınlar arasında en sık görülen kanser olup, tüm kanser vakalarının yaklaşık %23'ünü oluşturmaktadır. Türkiye'de insidans 100 binde 40,7'dir. Vakaların %17'si 40 yaş altındadır ve bu grupta beş yıllık yaşam beklentisi %97,9'dur. Bu veriler, hastalığın önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir. DSÖ'nün "Küresel Meme Kanseri Girişimi" programında kadınların bilgi düzeylerinin artırılması ve erken tanının teşvik edilmesi temel hedefler arasındadır. Meme Öz Muayenesi (MÖM), düzenli ve doğru uygulandığında meme kanserinin erken evrede saptanmasına yardımcı olan basit ve etkili bir yöntemdir. Bu çalışma, üniversite öğrencisi kadınlarda meme kanseri ve MÖM eğitimlerinin bilgi ve farkındalık düzeyine etkisini değerlendirmek amacıyla yürütülmüştür. Çalışma, ilgili üniversitenin Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi (BAP) tarafından mali olarak desteklenen (Proje No: 9502) bir toplumsal katkı projesinin çıktılarından biridir.

Gereç-Yöntem

Bu deneysel ön-test/son-test tasarımlı çalışma, Eylül 2024–Haziran 2025 tarihleri arasında Akdeniz bölgesinde bulunan bir üniversitede yürütüldü. Evreni üniversitedeki kadın öğrenciler oluşturdu. Örneklem büyüklüğü, G*Power (v3.1.9.7) programı kullanılarak bağımlı gruplarda t testi için etki büyüklüğü 0,2, alfa 0,05, güç 0,80 olarak alındığında 199 olarak hesaplandı. %10 olası kayıplar eklenerek minimum 219 öğrencinin yeterli olacağı belirlendi. Sağlıkla ilgili olmayan fakültelerden basit rasgele örnekleme yöntemi ile belirlenen 3 fakültedeki kadın öğrenciler eğitime davet edildi ve gönüllülük esasına uygun katılımcılar araştırmaya alındı. Eğitimlerde standart sunum yapıldı. Proje süresince 588 öğrenciye ulaşıldı, eşleştirme yapılabilen 521 veri analiz edildi. Geniş Kapsamlı Meme Kanseri Bilgi Testi (MKBT) ve Champion'un Sağlık İnanç Modeli (SİMÖ) ön-test ve son-test olarak kullanıldı. Araştırmanın bağımsız değişkenleri sosyodemografik özellikler, bağımlı değişkenleri ise MKBT bilgi puanı ve SİMÖ puanı olarak belirlendi. Veriler SPSS 29.0 programında analiz edildi, bağımlı gruplarda t testi ve McNemar testi uygulandı, $p<0,05$ anlamlı kabul edildi. Etik kurul onayı üniversitenin Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan (01.08.2024, 78/5) alındı.

Bulgular

Katılımcıların %40,9'unun İnsan ve Toplum Bilimleri, %37,2'sinin Mimarlık, %21,9'unun ise İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi öğrencisi olduğu ve yaş ortalamasının 21,4 ± 2,8 olduğu belirlendi. Büyük çoğunluğunun bekâr (%98,5) olduğu katılımcıların %56,6'sı tarafından hiç alkol kullanılmadığı, %60,3'ü tarafından ise hiç sigara içilmediği bildirildi. Ailesinde meme kanseri öyküsü bulunanların düzeyi %38'di. Katılımcıların %45,5'i tarafından Klinik Meme Muayenesi'ni (KMM) duyduğu, %7,9'unun daha önce KMM yaptırdığı belirtildi. MÖM'ü bildiğini belirtenlerin düzeyi %24,0, her ay uygulayanların düzeyi %6,0 olarak tespit edildi. Eğitim sonrasında MÖM'ün zamanını bilenlerin 5,5; KMM sıklığını bilenlerin 2; mamografi sıklığını bilenlerin ise 4 kat arttığı gözlendi ($p <0,001$). MKBT'nin genel bilgi alt boyutunda anlamlı bir artış belirlendi ($p <0,001$). SİMÖ'nün duyarlılık, ciddiyet, yarar, güven ve sağlık motivasyonu alt boyutlarında anlamlı artış; engel algısında ise anlamlı azalma gözlendi ($p <0,001$).

Sonuç ve Öneriler

Verilen eğitimler sonucunda katılımcıların meme kanseri hakkında genel bilgisi ve sağlık inanç modeli içeriklerinin tümü anlamlı şekilde olumlu yönde değişti. Çalışmanın kontrol grubunun bulunmaması ve uzun dönem bilgi ve davranış kalıcılığının değerlendirilememesi çalışmanın sınırlılıklarındandı. Meme kanseri ve MÖM eğitimlerinin yalnızca tek seferlik değil, belirli aralıklarla tekrarlanarak kalıcılığının sağlanması önemlidir. Bu kapsamda, üniversitelerde her akademik yıl başında yeni öğrencilere yönelik farkındalık oturumları düzenlenebilir. Eğitim içeriklerinin dijital ortama aktarılması ve web sayfaları, öğrenci portalları ile sosyal medya kanalları üzerinden erişilebilir kılınması eğitimin yaygınlığını artıracaktır. Ayrıca öğrenci kulüpleri ve danışman öğretim üyeleriyle iş birliği yapmak yararlı olacaktır. Eğitici eğitimi programları düzenlenerek öğrencilerin liderlik becerileri desteklenmeli, böylece eğitimin çarpan etkisi güçlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Koruyucu sağlık davranışları, meme kanseri, meme öz muayenesi, sağlık eğitimi, toplumsal katkı

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S184]
TÜRKİYE'DE KADINLARIN AKADEMİDEKİ TEMSİLİ VE CAM TAVAN ETKİSİ: TANIMLAYICI BİR DEĞERLENDİRME

Saadet Göksu Çelik Pekerşen
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Epidemiyoloji Bilim Dalı

Giriş-Amaç

Toplumsal cinsiyet, kadın ve erkeklere atfedilen normlar, davranışlar, roller ve ilişkileri içeren toplumsal olarak inşa edilmiş bir kavramdır. Türkiye'de kadınların istihdamı eğitim, sağlık, karar alma mekanizmaları ve akademi dahil birçok alanda erkeklere kıyasla daha düşüktür. Akademiye girişte kadın temsili görece yüksek olsa da, üst akademik unvanlara doğru bu temsilin azaldığı bilinmektedir. Bu çalışmanın amacı, 1983–84 ile 2024–25 akademik yılları arasında Türkiye'deki üniversitelerde görev yapan öğretim elemanlarının cinsiyet ve unvan dağılımlarını zaman, kurum tipi ve coğrafi bölgelere göre incelemek ve akademideki toplumsal cinsiyet eşitsizliğini nicel olarak değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem

Bu tanımlayıcı araştırmada, Yükseköğretim Bilgi Yönetim Sistemi (YÖK-BİS) verileri kullanılmıştır. Evreni, 1983–84 ile 2024–25 akademik yılları arasında Türkiye'deki devlet üniversiteleri, vakıf üniversiteleri ve vakıf meslek yüksekokullarında görev yapan tüm öğretim elemanları oluşturmaktadır. Örneklem seçilmemiş, evrenin tamamı analiz edilmiştir. Değişkenler yıl, üniversite türü, coğrafi bölge, cinsiyet ve akademik unvandır. Veriler sınıflandırılarak tanımlayıcı istatistiklerle incelenmiştir. Akademideki toplumsal cinsiyet eşitsizliği, Avrupa Komisyonu'nun She Figures raporlarında tanımlanan yöntemlere göre hesaplanan Cam Tavan İndeksi (Glass Ceiling Index, GCI) ve Erkek Avantajı İndeksi (Male Advantage Index, MAI) ile değerlendirilmiştir. GCI, kadınların akademik hiyerarşide üst düzey pozisyonlara erişimindeki göreli engeli; MAI, erkeklerin üst düzey pozisyonlara yükselme olasılığındaki avantajı göstermektedir. Veriler R Programı (4.4.1) kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışma açık erişimli ikincil verilerle yürütüldüğünden etik kurul onayı gerektirmemiştir.

Bulgular

Türkiye'de kadın akademisyen oranı 1980'lerden itibaren düzenli biçimde artmıştır. 2024 yılı verilerine göre toplam akademisyenlerin %46,7'si kadındır. Ancak kadın oranı akademik unvan yükseldikçe azalmaktadır: profesörlerde %34,5, doçentlerde %42,7, doktor öğretim üyelerinde %47,8'dir. Kadınların öğretim üyesi kadrosundaki payı 1980'lerde %20 düzeyindeyken günümüzde %42'ye yaklaşmıştır. GCI değerleri tüm yıllarda 1'in üzerindedir; bu durum, kadınların profesörlük düzeyinde genel öğretim üyelerine kıyasla daha az temsil edildiğini göstermektedir. MAI değerleri 1980'lerde 1,3–1,5 düzeyindeyken 2000'lerde 1,2 civarına gerilemiş, 2010'lardan itibaren yeniden artış eğilimine girmiştir. Bölgesel değerlendirmede cam tavan etkisinin tüm bölgelerde sürdüğü gözlenmiştir. En yüksek GCI değerleri Güneydoğu Anadolu ve Doğu Anadolu bölgelerinde, en düşük değerler ise Ege ve İç Anadolu bölgelerinde saptanmıştır. 1990'lardan 2020'lere doğru tüm bölgelerde kadın temsilinde artış olmakla birlikte, üst akademik kadrolara erişimdeki cinsiyet farkı tam olarak kapanmamıştır.

Sonuç ve Öneriler

Kadınların akademideki genel temsili artmıştır; ancak üst akademik unvanlara doğru kadınların göreli olarak az temsil edilmesi devam etmektedir. GCI ve MAI, nedensel bir ilişki kurmaktan ziyade, kadınların üst düzey pozisyonlara erişiminde yapısal bariyerlerin sürdüğünü gösteren göreli göstergelerdir. Bölgesel farklılıklar, cam tavan etkisinin Türkiye genelinde kalıcı olduğunu ve bazı bölgelerde (özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu) daha belirgin seyrettiğini göstermektedir. Bu fark yalnızca toplumsal normlarla değil, üniversite sayısı, kadro yapısı, kadın işgücüne katılımı, nitelikli insan gücünün bölgesel dağılımı, güvenlik ve

sosyoekonomik gelişmişlik gibi yapısal faktörlerle de ilişkili olabilir. Kullanılan veriler yalnızca aktif görevdeki öğretim elemanlarını kapsadığından, akademik yaşamına ara veren, sistem dışında kalan ya da görev süresi kısa olan bireyler çalışmaya dahil edilememiştir. Bu durum, özellikle kadın akademisyenlerin kariyer ilerlemesini etkileyen kesintilerin görünürlüğünü azaltabilir ve üst düzey pozisyonlardaki temsil farkını olduğundan düşük gösterebilir. Dolayısıyla, sonuçlar mevcut verilerin kapsamı içinde, olası yanlılıklar göz önünde bulundurularak yorumlanmalıdır. Bulgular, kadın akademisyenlerin kariyer ilerlemesini desteklemek üzere rehberlik ve destek mekanizmalarının güçlendirilmesi, yükseltme süreçlerinde ölçütlerin daha açık ve erişilebilir hale getirilmesi, doğum ve bakım sorumlulukları sonrasında esnek çalışma olanaklarının sağlanması ve kurumların kendi içinde toplumsal cinsiyet eşitliği göstergelerini düzenli olarak izlemesi gerekliliğine işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Toplumsal cinsiyet, akademi, cam tavan indeksi, kadın akademisyen, eşitsizlik

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S185]
MANİSA'DA KENTSEL VE YARIKENTSEL BÖLGELERDE YAŞAYAN 18-64 YAŞ EVLİ KADINLARDA KADINA YÖNELİK ŞİDDET SIKLIĞI VE TUTUMU

Berna Bilgin Şahin*, Hüseyin Buğra Sert, Rojda Baynal, Emir Can Çetin, Kerime Çolak, Mert Güçer, Umut Ulaş İşler, İrem Ozandı, Veli Öztop, Ekin Türker
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş ve Amaç

Kadına yönelik şiddet önemli bir halk sağlığı sorunudur ve kadınların insan haklarının ihlalidir. Türkiye'de 2014 yılında yapılan "Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması'na" göre; Türkiye genelinde yaşamının herhangi bir döneminde fiziksel şiddete maruz kaldığını belirten kadınların oranı %36'dır. Son 12 ay içinde, evlenmiş kadınların %8'inin fiziksel şiddete maruz kaldığı görülmüştür. Çalışmanın amacı; Manisa'da kentsel ve yarıkentsel mahallelerde yaşayan evli kadınların şiddete uğrama sıklığını saptamak, kadınların şiddete yönelik tutumlarını tespit etmek, şiddete neden olan ve tutumu etkileyen faktörleri ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem

Kesitsel tipte olan araştırmanın evrenini rastgele seçilen dört mahalleye kayıtlı 18-64 yaş arası 2238 evli kadın oluşturmaktadır. Epi-info Statcalc programında Örnek büyüklüğü; %95.0 güven sınırı, %12.0 prevelans, 1.45 desen etkisi ve %4.0 hata payı alınarak 329 olarak hesaplanmıştır. Veriler küme örneklem yöntemiyle toplanmıştır. Katılım oranı %78.1'dir. Araştırmanın bağımlı değişkenleri 18-64 yaş arası evli kadınların kadına yönelik şiddete karşı tutumu ve şiddete maruziyet durumudur. Şiddete maruziyeti değerlendirmek için "Son 12 ayda şiddet içeren davranışa maruz kaldınız mı?" sorusu ve şiddete karşı tutumu değerlendirmek için İskebe Tutum Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek 5'li likert tipinde 30 sorudan oluşmakta, alınabilecek en yüksek puan 150, en düşük puan 30'dur. Alınan toplam puan arttıkça şiddete karşı olan tutum iyileşmektedir. Bağımsız değişkenler ise; sosyodemografik özellikler, evlilik ve doğurganlık ile ilgili özellikler, ailede ve çevrede var olan şiddet ile ilgili değişkenlerdir. Tanımlayıcı analizlerde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca, en küçük ve en büyük değerler, çözümleyici analizlerde Ki-kare, Student's T ve ANOVA testi kullanılmış, Posthoc testler Tukey's B ile yapılmıştır. Çok değişkenli analizlerde doğrusal regresyon ve lojistik regresyon analizi yapılmış, çözümleyici analizlerde tip 1 hata 0.05 kabul edilmiştir. MCBÜ Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan ve anket uygulanan kişilerden onay alınmıştır.

Bulgular

Araştırma grubunun yaş ortalaması 39.3±11.5'tir ve %58.1'i yarıkentsel mahallelerde yaşamaktadır. Kadınların %50.1'i lise ve üzeri bir eğitime sahip, %56.8'i ev hanımı ve %12.8'i geniş aileye sahiptir. Araştırmaya katılan kadınların %37.1'inin kronik hastalığı, %6.1'inin ruhsal hastalığı bulunmaktadır. Kadınların %96.0'sının ilk evliliğidir ve gebelik sayısı ortancası 2'dir. En uzun süre kullanılan aile planlaması yöntemi %43.8 ile modern, %41.0 ile geleneksel yöntemlerdir. Kadınların hayatı boyunca en az bir kez %73.9'u duygusal şiddete, %41.9'u fiziksel şiddete, %36.8'i ekonomik şiddete, %14.3'ü cinsel şiddete, %8.8'i de siber şiddete, %12.9'u da gebeliğinde şiddete maruz kalmıştır. Araştırma grubunun %53.2'si çocukluğunda aile içi şiddete tanık olmuş, %36.8'inin kendi, %54.1'inin ise eşi çocukluğunda şiddete maruz kalmıştır. Son 12 ayda şiddete maruz kalan kadın yüzdesi 21.0'dır, %49.3'ü nadiren şiddete maruz kaldığını söylese de %15.9'u haftada bir kez şiddet gördüğünü ifade etmiştir. Son 12 ayda kadına yönelik şiddete maruziyeti etkileyen değişkenleri lojistik regresyon indirgenmiş son modeline göre değerlendirdiğimizde; her bir gebelik sayısı artışı 1.65 kat şiddet görme riskini arttırmakta, tutum puanı 10 puan arttıkça şiddet görme riski %70 oranında azalmaktadır. Kadınların iskebe tutum ölçeği puan ortamalası 113.9±24.2'dir (48.0-150.0). Kadına yönelik şiddete karşı tutum ile ilişkili değişkenleri lineer regresyon indirgenmiş son modeline değerlendirdiğimizde ise; gebelik sayısının artması, yarıkentsel mahallede yaşama, eğitim seviyesinin düşmesi ve çocuklukta aile içi şiddete

maruziyet tutum puanını azaltmaktadır.

Sonuç ve Öneriler

En fazla görülen şiddet türü duygusal şiddettir. Bunu sırasıyla fiziksel, ekonomik, cinsel ve siber şiddet takip etmektedir. Kadının son 12 ay içerisinde şiddet görmesini etkileyen en önemli değişkenler gebelik sayısı ve kadının şiddete yönelik tutumudur. Kadının şiddete yönelik tutumunu etkileyen en önemli değişkenler ise gebelik sayısı, yaşadığı bölgenin özellikleri, kadının eğitim düzeyi ve çocuklukta aile içi şiddete maruziyet durumudur. Kadının statüsünün arttırılması şiddeti engelleyecek en önemli etkendir. Bu da kadınların eğitim seviyesinin arttırılması ve ekonomik özgürlüklerini kazanmaları ile mümkündür. Bu nedenle kız çocuklarının eğitimlerine devam etmesi yönünde kendisi ve ailesi teşvik edilmeli, toplumun her kesimi şiddet konusunda bilgilendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kadın, şiddet, tutum

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S186]
ASM'LERDE DOĞUM KONTROLÜ HİZMETLERİ, HEKİM TUTUMLARI VE ALGILANAN ENGELLER: 2022 VE 2024 KARŞILAŞTIRMASI

***Aslı Davas*[1], *Emrah Kırımlı*[2]**
[1]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[2]*İstanbul Ümraniye Merkez Aile Sağlığı Merkezi*

Giriş-Amaç

Türkiye'de doğum kontrol yöntemleri (DKY) birinci basamak sağlık hizmetlerinde ücretsiz olarak sunulmaktadır ve doğum kontrol yöntemlerine erişimde en önemli kaynaktır. Bununla birlikte 2008 yılında kadınların %35,6'sı birinci basamaktan temin etmekteyken, bu oran 2018'de %24'e düşmüştür. Bu araştırma, aile sağlığı merkezlerinde 2022 ve 2024 yıllarında doğum kontrol yöntemleriyle ilgili hizmet sunumunda ve bu konuda aile hekimlerinin tutumlarındaki değişimlerin değerlendirilmesini amaçlamıştır.

Gereç-Yöntem

Tekrarlayıcı kesitsel tipte olan araştırma, hekim meslek örgütüne ve birinci basamak sağlık çalışanlarının üye olduğu bir sendikaya üye aile hekimleri arasında çevrimiçi anket yoluyla yürütülmüştür. İlk anket 1 Mayıs–15 Temmuz 2022 arasında gönderilmiş ve 372 hekim, ikinci anket aynı tarihlerde 2024 yılında gönderilmiş ve 216 hekim yanıt vermiştir. Her iki yılda da Türkiye'nin yedi coğrafi bölgesinden aile hekimlerinden yanıt alınmıştır. Her iki dalga erişilebilir çerçeve içinde ulusal kestirimler için yeterli duyarlık sağlamaktadır. Anket formu, yöntem bazında tedarik durumuyla ilgili 8 soru; lojistik/temin süreçlerini değerlendiren 4 soru; nüfusun hizmete erişimiyle ilgili 2 soru; hizmet örgütlenmesi ve altyapıya ilişkin 8 soru; ASM'de hizmet sunumunun devamlılığını destekleyen tutumu ölçen 3 soru; hizmeti hastane/uzman merkezine "toplama" eğilimini sorgulayan 5 soru ve DKY sunumuyla ilgili sağlık sistemi veya örgütlenmesiyle ilgili engelleri değerlendiren 5 sorudan oluşmaktadır. Etik kurul onayı alınan çalışmada 2022 ve 2024 yıllarına ait dağılımlar karşılaştırılırken ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular

2022 ve 2024 yıllarında hiç malzeme gönderilmeyenlerin oranı doğum kontrol hapında %73,4'ten %80,1'e, kondomda %41,4'ten %48,6'ya yükselmiştir ($p<0,05$). RİA ve aylık iğnelerde değişim anlamlı olmamakla birlikte gönderim oranları düşük seyretmiştir. Yetersiz gönderim bildirimi DKH ($p=0,023$) ve RİA'da ($p=0,042$) artmıştır. ASM'de yalnızca kendi biriminde RİA takıldığını belirten hekim oranı %10'un altındadır. Aile hekimlerinin %90'ından fazlası, ASM tarafından yöntem sağlanmadığında hizmete erişemeyen kişiler bulunduğunu bildirmiştir. Mahremiyet için uygun oda oranı artmış olsa da bilgilendirme materyali gönderimi azalmıştır ($p<0,001$). RİA sertifikalı hekim oranı %45 düzeyinde sabit kalmıştır. "RİA yalnızca kadın-doğum uzmanları tarafından uygulanmalıdır" görüşüne katılım %64,5'ten %71,3'e yükselmiş ($p<0,05$) ve "USG olmayan kurumlarda RİA takılamaz" diyenlerin oranı %78,2'den %81,0'a çıkmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın doğum kontrolü hizmetlerinde kararlı bir politika izlemediğini düşünenlerin oranı %76,1'den %87'ye yükselmiştir ($p=0,002$). Aile hekimleri yüksek iş yükünü önemli bir engel olarak görürken, "aile hekimliği modelinde DKY hizmeti vermek daha güçtür" görüşüne katılım anlamlı olarak artmıştır ($p=0,027$).

Sonuç ve Öneriler

Bulgular, doğum kontrol hizmetlerinin birinci basamakta zayıfladığını, tedarik zincirinin sürekliliğini yitirdiğini ve tıbbileşme eğiliminin güçlendiğini göstermektedir. ASM'lerde hem altyapı hem de eğitimli personel yetersizliği sürmektedir. Hizmetin uzman merkezlerine yönlendirilmesi, birinci basamakta erişim eşitsizliklerini arttırmaktadır. Aile planlaması hizmetlerinin kamusal niteliğinin korunması, düzenli malzeme tedariğinin sağlanması ve sağlık çalışanlarına yönelik sürekli eğitim ve kurumsal destek programlarının güçlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile sağlığı merkezi, aile planlaması, doğum kontrol yöntemleri, hekim tutumları, sağlık politikaları

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S187]
KOCAELİ ŞEHİR HASTANESİNE BAŞVURAN GEBELERDE GIDA GÜVENCESİZLİĞİ VE PERİNATAL KOMPLİKASYONLARIN İNCELENMESİ

Gonca Yıldırım Coşkun, Çiğdem Çağlayan
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Gıda güvencesi, tüm insanların, her zaman, aktif ve sağlıklı bir yaşam için beslenme ihtiyaçlarını ve gıda tercihlerini karşılayan yeterli, güvenli ve besleyici gıdaya fiziksel, sosyal ve ekonomik olarak erişebildiği bir durum olarak tanımlanmaktadır. Gıda güvencesizliği dünya genelinde süregelen bir halk sağlığı sorunudur, olumsuz sağlık sonuçları ve sağlık eşitsizlikleri ile ilişkilendirilmiştir. Gıda güvencesizliğinin en önemli sonucu olan yetersiz beslenme, başta kadınlar ve çocuklar olmak üzere farklı gruplarda olumsuz sağlık sonuçlarına yol açabilmektedir. Gebelik sırasında kadınlar, sınırlı gıda erişiminden olumsuz etkilenebilecek çeşitli fizyolojik, davranışsal ve psikososyal değişiklikler yaşayabilir. Yeterli ve kaliteli gıdaya erişimin tehlikeye girdiği zamanlarda gebelikte stres olaylarının varlığı artar veya şiddetlenir. Ayrıca gebelik sürecinde, doğum sırasında ve yenidoğanlarda klinik komplikasyonlar artırabilir. Gıda güvencesi, perinatal sağlığın önemli ve yeterince bilinmeyen bir sosyal belirleyicisidir. Araştırmanın amacı gebelerde gıda güvencesizliğinin gebelikte meydana gelen gestasyonel diyabet, gestasyonel hipertansiyon, anemi, eklampsi/preeklampsi, erken doğum, yenidoğan sarılığı gelişme durumu, düşük doğum ağırlığı ile ilişkili olup olmadığının incelenmesidir.

Gereç-Yöntem

Araştırma longitudinal, gözlemsel analitik bir araştırmadır. Çalışma Kocaeli Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerine başvuran, gebelik haftası 14-28 hafta arasında gebelerle yapılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden 185 gebeyle gebeliğinin 14-28 haftaları arasında yüz yüze görüşme ile anketin ilk kısmı doldurulmuştur. Gebelere doğumdan sonra telefonla ulaşılarak yapılan ikinci görüşmeyle de anketin doğum sonrası kısmı tamamlanmıştır. Araştırma için Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Etik Kurulu Başkanlığı'ndan ve Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır. Katılımcıların sosyodemografik bilgileri, hane halkının besine ulaşabilirliği ölçek puanı, katılımcının doğum şekli, doğum sonuçları, doğum zamanı, gebelik komplikasyonları, yenidoğanın antropometrik ölçümleri araştırmanın değişkenlerini oluşturmaktadır. Kategorik veriler sayı ve yüzde olarak; sürekli değişkenler ise ortalama ± standart sapma, ortanca, en küçük ve en büyük değer olarak verilmiştir. Sürekli değişkenlerin normallik varsayımı, Shapiro-Wilk testiyle değerlendirilmiştir. Bağımsız iki grubun ortancalarının karşılaştırılmasında MannWhitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler için gruplar arasındaki ilişkinin gösterilmesinde Ki-kare testi kullanılmıştır. Verilerin girişi ve analizi için SPSS 26.0 (Stastistical Package fort he Social Sciences) paket programı kullanılmıştır. P değerinin 0,05'ten küçük olduğu durumlar, istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Araştırmamızda finansal destek alınmamıştır, çıkar çatışması yoktur.

Bulgular

Çalışmaya 185 kişi katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 29,54 ± 5,0 yıl, ortanca yaş 31'dir. Katılımcıların %60,5'i(n=112) lise ve daha düşük eğitim seviyesine, %39,5'i(n=73 kişi) önlisans ve üzeri eğitim seviyesine sahiptir. Araştırmaya katılan gebelerin %80,5'i(n=149) gelir getirici herhangi bir işte çalışmamaktadır. Katılımcıların aylık hane geliri ortalaması 42847,82±26548 TL olup, ortanca değer 30000 TL'dir. Katılımcıların ilk gebelik yaş ortalamaları 24,94±4,5 yıl olup, ortanca değer 24, en küçük değer 14, en büyük değer 37'dir. Araştırmaya katılan gebelerin hane halkı besine ulaşabilirliği ölçek puanları hesaplanıp kategorize edildiğinde katılımcıların %63,8'i(n=118) gıdaya ulaşabilirken, %4,9'unun(n=9 kişi) gıdaya ulaşımında risk bulunmaktadır, %21,1'i(n=39 kişi) gıdaya ulaşamıyor ancak açlık eşlik etmiyor, %10,3'ü(n=19 kişi) gıdaya ulaşamıyor ve orta düzey açlık eşlik ediyor olarak bulunmuştur. Gebelikte gıda güvencesizliği olan bireylerde

arasında gestasyonel diyabet sıklığı %11,9(n=22), gestasyonel hipertansiyon sıklığı %13(n=24), eklampsi/preeklampsi sıklığı %2,7(n=5), erken doğum sıklığı %5,9(n=11), anemi sıklığı %28,6(n=53), gebelik haftasına göre düşük doğum ağırlıklı bebek görülme sıklığı %7(n=13), yenidoğan sarılığı görülme sıklığı %44,9(n=83), yenidoğan yoğun bakım ünitesi yatış sıklığı %22,2(n=41)'dir. Gebelikte gıda güvencesizliği olan ve olmayan bireyler arasında gestasyonel diyabet (p=0,24), gestasyonel hipertansiyon(p=0,20), eklampsi/preeklampsi (p=1,00), erken doğum (p=0,33), anemi (p=0,073) yenidoğan sarılığı (p=0,34), yenidoğan yoğun bakım ünitesi yatış (p=1,00) sıklığında anlamlı bir fark görülmemiştir. Gıda güvencesizliği olan bireylerin aylık gelirleri gıda güvencesizliği olmayan bireylere göre daha düşüktür ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. (p<0,001) Gıda güvencesizliği olan bireylerin lise ve daha düşük eğitim seviyesine sahip olma durumu gıda güvencesizliği olmayan bireylere göre daha yüksektir ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır. (p<0,001) Gıda güvencesizliği ile gebelik haftasına göre düşük doğum ağırlıklı bebek görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0,002) (RR=2,32; 95% GA=1,610–3,346).

Sonuç ve Öneriler

Çalışma sonuçlarına göre gebelerde gıda güvencesizliği gebelik haftasına göre düşük doğum ağırlıklı bebek görülme sıklığı ile ilişkilidir. Araştırmamızın gebelik sürecini kapsayan longitudinal bir çalışma tasarımına sahip olması güçlü yönlerindendir. Ancak gıda güvencesizliği yaşayan kişi sayısının az olması sonuçları etkileyeceğinden, daha büyük örneklem büyüklüğü ile çalışılan araştırmalara ihtiyaç vardır. Gıda güvencesizliği yaşayan gebeler ile çocuklarının sağlık sonuçlarını iyileştirmek ve kanıta dayalı bilgi sağlamak için ek araştırmalar gereklidir. Halk sağlığı çabaları ve politikaları gebelerde gıda güvencesizliğini tespit etmek ve ele almak için önemli bir fırsat sunan doğum öncesi bakım hizmetlerine, gebelikte gıda güvencesizliğinin taranması ve yönetiminin iyileştirilmesine odaklanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Gıda güvencesi, perinatal komplikasyonlar, gebelik

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S188]
ENDOKRİNOLOJİ KLİNİĞİNE OLİGOMENORE İLE BAŞVURAN HASTALARIN ETİYOLOJİK DEĞERLENDİRMESİ

***Aslı Saltabaş Şahin*[1], *Berna Evranos Öğmen*[2], *Mustafa Çomoğlu*[3]**
[1]*Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[2]*Bilkent Şehir Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı*
[3]*Bilkent Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı*

Giriş-Amaç

Adet düzensizlikleri ve oligomenore, tüm dünyada kadınların hastane başvurularının en sık jinekolojik nedenlerinden biri olup günlük hayat kalitesinin düşürmekle beraber çoğu zaman altta yatan bir hastalığın belirtisidir. Çalışmamızda endokrin polikliniğinde oligomenore sıklığını, etiyolojisini ve tedavi modalitelerini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem

Çalışmamıza Şubat 2019-Aralık 2022 tarihleri arasında Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Endokrinoloji polikliniğine oligomenore şikayetiyle başvuran tüm hastalar dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, tıbbi özgeçmişleri, laboratuvar değerleri, ek şikâyetleri, ultrason görüntülemelerinde polikistik over morfolojisinin bulunup bulunmadığı, Ferriman-Gallwey Skorları (FGS), tanıları ve tedavileri kaydedildi. Akne varlığına, hirsutismus durumuna ve saç dökülmesine göre 17-OH-PG (17-hidroksiprogesteron), total testosteron, serbest testosteron, HOMA-IR (insülin direncinin homeostatik modeli değerlendirmesi) değerlerinin karşılaştırılması yapıldı. Ferriman Gallway Skoru ve adet sıklığı ile 17- OH-PG, total testosteron, serbest testosteron, HOMA-IR değerleri arasında korelasyon analizi yapıldı.

Bulgular

Endokrin polikliniğinde başvuran kadınların 1304'ünde (%1.9) oligomenore şikâyeti mevcuttu. Çalışmamıza 18-47 yaş arası oligomenoreli 1304 hastanın tamamı alındı. 174 hastada (%13.3) ek olarak akne, 210 hastada (%16.1) kilo alma ya da kilo verememe, 763 hastada (%58.5) hirsutismus, 32 hastada (%2.5) galaktore, 80 hastada (%6.1) infertilite, 48 hastada (%3.7) saç dökülmesi, 36 hastada (%2.7) baş ağrısı şikâyeti mevcuttu. Hastaların 789'unda (%60.5) polikistik over sendromu (PKOS), 417'sinde (%31.9) insülin direnci, 63'ünde (%4.8) prolaktinoma, 146'sında (%11.2) hipotiroidi, 14'ünde (%1.1) hipertiroidi, 17'sinde (%1.3) konjenital adrenal hiperplazi (KAH), 3'ünde (%0.2) akromegali, 1'inde (%0.1) cushing, 13'ünde (%1) prematür overyan yetmezlik, 4'ünde (%0.3) aşırı zayıflık ya da anoreksiya nervosa, 15'inde (%1.2) izole hipogonodotropik hipogonadizm, 16'sında (%1.2) kontrolsüz diyabet tespit edildi. 90 hastada (%6.9) diğer nedenler mevcuttu. Hastalarda adet sıklığının HOMA-IR, total testosteron ve serbest testosteron değerleri ile negatif yönlü bir korelasyonu saptandı. Hirşutismus ile 17- OH-PG, total testosteron ve serbest testosteron değerleri arasında ise pozitif yönlü korelasyon bulundu. FGS ile total testosteron değeri arasında yine pozitif korelasyon olduğu görüldü.

Sonuç ve Öneriler

Çalışmamızda oligomenorenin en sık sebebinin PKOS olduğunu ve hastaların birçoğunda insülin direnci bulunduğunu saptadık. KAH prevalansının da ülkemizde yüksek değerlere ulaşmasının altında akraba evliliklerinin yatabileceğini düşündük. Bu durum oligomenore etiyolojisinde metabolik hastalıkların ve sosyokültürel düzeyin etkili olduğunu göstermekle beraber bu konuda ileriye dönük çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Hirşutismus, insülin direnci, konjenital adrenal hiperplazi, oligomenore, polikistik over sendromu

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S189]
EGE ÜNİVERSİTESİ 5. SINIF TIP ÖĞRENCİLERİNİN TOPLUMSAL CİNSİYET FARKINDALIK DÜZEYİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Selin Karaca[1], İrem Şevik[2], Meltem Çiçeklioğlu[2]
[1]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Toplumsal cinsiyet, sağlık hizmetlerine erişim ile tanı ve tedavi süreçlerinde belirleyici bir faktördür. Literatür, tıbbi uygulamalarda erkekleri avantajlı kılan bir yaklaşımın baskın olduğunu ve hastalık tanımlarının çoğunlukla erkek bedenine dayandığını göstermektedir. Bu durum, kadınların doğru tanı ve tedaviye erişimini güçleştirmekte ve sağlıkta eşitsizlikleri derinleştirmektedir. Tıp eğitimi, sağlık profesyonellerinin bu yanlılıklardan ne ölçüde etkilendiğini değerlendirmede ve dönüştürmede kritik bir süreçtir. Bu çalışma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi (EÜTF) 5. sınıf öğrencilerinin toplumsal cinsiyet farkındalık düzeylerini ve bu farkındalıkla ilişkili faktörleri incelemeyi amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem

Kesitsel tasarımdaki araştırmanın evreni EÜTF'de 2024-2025 akademik yılında 5. sınıfta öğrenim gören öğrencilerdir. Evren büyüklüğü 349'dur. En küçük örnek büyüklüğü %50 prevalans %5 hata payı ve %95 güven aralığında 183 olarak hesaplanmış, 182 katılımcıya ulaşılmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni, toplumsal cinsiyet farkındalık düzeyidir ve Nijmegen Tıpta Cinsiyet Farkındalık Ölçeği ile toplumsal cinsiyet duyarlılığı (Cronbach alfa: 0,81), hastalara yönelik toplumsal cinsiyet ideolojisi (Cronbach alfa: 0,91), hekimlere yönelik toplumsal cinsiyet ideolojisi (Cronbach alfa: 0,89) olmak üzere 3 alt boyutta değerlendirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Yılmaz Karaman ve ark. tarafından 2023'te gerçekleştirilmiştir, ölçekten bir toplam puan hesaplanamamaktadır ve her bir altboyut ayrı değerlendirilmektedir. Alınan puanlar arttıkça artmış toplumsal cinsiyet duyarlılığı ve artmış toplumsal cinsiyet ideolojisine işaret etmektedir. Bağımsız değişkenler ise sosyodemografik ve ekonomik özellikler, aile yapısına ilişkin özellikler ve dini özelliklerdir. Veriler, 48 sorudan oluşan bir anketle yüz yüze toplanmıştır. Veriler SPSS 30.0 veri tabanına kaydedilmiş ve $p<0,05$ anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir. Student's t-testi, ANOVA ve Kruskal Wallis kullanılmıştır. Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmış (Karar No: 25-3T/6) ve tüm katılımcıların yazılı onamları alınmıştır. Çıkar çatışması yoktur.

Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması 23,01 ± 1,14 yıl, %51,1'i erkek ve %48,9'unun ailesinin geliri giderine eşittir. Toplumsal cinsiyet duyarlılık puan ortalaması 42,53 ± 8,40, hastalara yönelik toplumsal cinsiyet ideolojisi puan ortalaması 21,74 ± 7,98 ve hekimlere yönelik toplumsal cinsiyet ideolojisi puan ortalaması 14,02 ± 5,91'dir. Hastalara yönelik toplumsal cinsiyet ideolojisi ($t = -5,093$, $p < 0,001$) ve hekimlere yönelik toplumsal cinsiyet ideolojisi ($t = -3,157$, $p = 0,002$) puanları cinsiyete göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Her iki ölçekte de erkeklerin puanları kadınlara göre anlamlı derecede daha yüksektir. Hastalara ($H = 18.090$, $p < 0,001$) ve hekimlere yönelik toplumsal cinsiyet ideolojisi ($H = 12.698$, $p = 0,002$) puanları yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ve en düşük yaş grubundaki katılımcıların puanlarının diğer yaş gruplarına kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca, en uzun süre yaşanan bölgeye göre de hastalara ($H = 16.741$, $p = 0,033$) ve hekimlere yönelik toplumsal cinsiyet ideolojisi ($H = 18.942$, $p = 0,015$) puanlarında anlamlı farklılık bulunmuştur. Buna karşılık, yerleşim yeri, aile tipi, medeni durum, ebeveynlerin medeni durumu, ebeveynlerin eğitim düzeyi, ebeveynlerin çalışma durumu ve katılımcıların dine bağlılıkları gibi değişkenler ile toplumsal cinsiyet duyarlılığı veya ideoloji puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Sonuç ve Öneriler

Bu araştırma, tıp fakültesi öğrencilerinin toplumsal cinsiyet farkındalığının cinsiyet, yaş ve en uzun süre yaşanılan bölge gibi bazı sosyodemografik faktörlerle ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Erkek öğrencilerin toplumsal cinsiyet ideolojisi puanlarının daha yüksek olması, toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin kalıplaşmış tutumların tıp eğitimi sürecinde de varlığını sürdürdüğüne işaret etmektedir. Bu bulgular, tıp eğitimi müfredatında toplumsal cinsiyet eşitliğini merkeze alan içeriklerin güçlendirilmesi ve öğrencilerin klinik tutumlarını dönüştürebilecek öğrenme ortamlarının oluşturulmasının önemini vurgulamaktadır. Bu çalışma tek bir tıp fakültesinde yürütüldüğü için bulguların genellenebilirliği sınırlıdır ve kullanılan ölçek yalnızca toplumsal cinsiyet farkındalığını ölçtüğünden, sonuçlar öğrencilerin klinik davranış ve uygulamalarına doğrudan genellenemez.

Anahtar Kelimeler: Toplumsal cinsiyet, farkındalık düzeyi, tıp eğitimi, nijmegen tıpta cinsiyet farkındalık ölçeği

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S190]
TÜRKİYE'DE İSTEMLİ DÜŞÜKLERİN SIKLIĞI, NEDENLERİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER: SİSTEMATİK DERLEME

***Sabanur Çavdar*[1], *Özlem Özaydın*[2], *Özden Güdük*[3], *Mehmet Akif Sezerol*[4], *Mahmut Talha Uçar*[5], *Özlem Köksal*[2]**

[1]*Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB), Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü (TAÇESE), İstanbul Medipol Üniversitesi*

[2]*Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB), Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü (TAÇESE)*

[3]*Bağımsız Araştırmacı*

[4]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı; İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Epidemiyoloji Doktora Programı*

[5]*Tekirdağ İl Sağlık Müdürlüğü*

Giriş-Amaç

İstemli düşük, hem üreme sağlığı hizmetleri hem de kadın sağlığı politikaları açısından önemli bir göstergedir. İstemli düşük sıklığı literatürde farklı yaklaşımlarla sunulmaktadır: (1) Belirli bir dönemdeki istemli düşük sayısının 15–49 yaş kadın nüfusuna oranı, (2) 1.000 canlı doğuma göre oran, (3) toplam gebelik sayısına göre oran. Çalışmanın amacı, Türkiye'de istemli düşüklerin sıklığı, nedenleri ve ilişkili faktörlerini sistematik biçimde özetlemek ve kanıt boşluklarını ortaya koymaktır.

Gereç-Yöntem

Bu sistematik derleme, PRISMA rehberine uygun olarak yürütüldü, PROSPERO'ya kaydedildi (CRD420251170935). Veritabanlarında arama yapılmadan önce "istemli düşük" kavramına ilişkin Türkçe ve İngilizce eş anlamlı terimler kapsamlı literatür taraması ve alan uzmanlarının görüşleri ile belirlendi: kürtaj, küretaj, isteyerek/isteğe bağlı/güvenli olmayan/güvensiz/yasal/yasadışı düşük, cerrahi/medikal abortus, çocuk aldırma, gebelik sonlandırma/terminasyonu/tahliyesi, menstrüel regülasyon; induced/medical/surgical/elective/legal/unsafe/illegal/voluntary/self-managed abortion, pregnancy termination, termination of pregnancy, menstrual regulation. Anahtar kelimeler, Boolean operatörleri kullanılarak birleştirildi ve "başlık, özet ve anahtar kelime (Topic)" düzeyinde tarandı. Yıl ve ülke filtresi kullanılmadı. Uluslararası veritabanlarında "Turkey/Türkiye/Turkiye/Turkish" sorguya eklendi. PubMed, Embase, Cochrane Library, Scopus, Web of Science ve TRDizin veri tabanları 08.09.2025'te tarandı. WoS (n=120), Scopus (n=320), Embase (n=148), PubMed (n=135), Cochrane (n=9), TRDizin (n=4414)'den elde edilen kayıtlar birleştirilerek toplam 5146 yayına ulaşıldı; duplikasyonlar (n=356) kaldırıldı. Toplam 4790 tekil yayın başlık ve özet düzeyinde değerlendirildi. Dahil etme-hariç tutma değerlendirmesinde Excel ve Rayyan kullanıldı. Değerlendirme iki bağımsız araştırmacı tarafından yapıldı; uyuşmazlıklar için üçüncü araştırmacının görüşü alındı; otomatize bir araç kullanılmadı. Uygun kayıtların (n=132) tam metinlerine ulaşılarak değerlendirildi. Dahil etme kriterleri: Türkiye'de yürütülen gözlemsel nicel çalışmalar (kesitsel/olgu-kontrol/kohort), popülasyon anketleri, kurum temelli çalışmalar/ikincil analizler; istemli düşük sıklığı, nedenleri, ilişkili faktörleri raporlayan Türkçe/İngilizce yayınlar (hakemli makaleler, tez/gri literatür). Hariç tutma kriterleri: spontan/terapötik düşük; etik/hukuki/dini tartışmalar; nitel çalışmalar; olgu sunumu/derleme/editöryal/görüş; deneysel/müdahale/yöntem çalışmaları; Türkiye dışı veri; Türkçe/İngilizce dışı yayınlar. Çalışmaların tasarım ve değişkenleri heterojen olduğu için sonuçlar yöntem, örneklem ve temel bulguların karşılaştırıldığı özet tablolarla sunulmuştur. Etik kurul onayı gerekmemektedir.

Bulgular

Türkiye'deki çalışmalar arasında istemli düşük sıklığının değerlendirilmesinde yöntemsel farklılıklar bulunduğu görülmektedir. Sağlık kuruluşuna başvuran kadınlarla yürütülen çalışmalarda sıklık genellikle yaşam boyu deneyim olarak, toplum temelli araştırmalarda ise hem yaşam boyu deneyimi hem de belirli dönemlerdeki (son 5 yıl) gebelik sonuçlarına göre bildirilmiştir. Sağlık kuruluşuna başvuran kadınlarda -farklı yıllarda ve

şehirlerde- yürütülen çalışmalarda istemli düşük sıklıkları (yaşam boyu %10-%38,5) hanehalkı çalışmalarına kıyasla (TNSA 2018, yaşam boyu %15) rakamsal olarak daha yüksektir. Değerlendirilen çalışmalarda, etkin bir doğum kontrol yönteminin kullanılmaması, kadının eğitim düzeyinin düşük olması, düşük sosyoekonomik seviye, istemli düşük sıklığını artıran nedenler olarak öne çıkmaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Bu sistematik derleme, Türkiye'de istemli düşüklerin sıklığı ve nedenlerine ilişkin mevcut kanıtların dağınık olduğunu, çoğu çalışmanın küçük ölçekte ve tanımlayıcı nitelikte olduğunu göstermektedir. Bulgular, etkili üreme sağlığı hizmetlerine erişimin önemini vurgularken, üreme sağlığı politikalarının planlanmasında güvenilir veri altyapısına duyulan ihtiyacı ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: İstemli düşük, kürtaj, gebeliğin sonlandırılması, üreme sağlığı, sistematik derleme

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S191]
GELENEK, ZORUNLULUK VE SAĞLIK: KAN BEDELİ EVLİLİKLERİN KADINLAR ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

***Sema Çifçi*[1], *Beril Nisa Yaşar*[2], *Funda Taş Çetin*[3], *Naif Ergün*[4]**
[1]*Mardin Artuklu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü /Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı*
[2]*Mardin Artuklu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü*
[3]*Mardin Artuklu Üniversitesi Sağlık Hizmetleri M.Y.O Çocuk Gelişimi*
[4]*Mardin Artuklu Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü*

Giriş-Amaç

Kan bedeli evlilik, aralarında kan davası olan iki ailenin, kan davasını sonlandırıp, barış sağlamak amacıyla çocuklarını evlendirmeleridir. Ülkemizde daha çok Doğu ve Güneydoğu bölgemizde uygulanmaktadır (1, 2). Kan bedeli evlilikler, özellikle kız çocuklarının eğitimini ve sosyal hayatını olumsuz etkileyebilir. Erken evlilikler, kız çocuklarının okulu terk etmesine ve sosyal izolasyona neden olabilir. Kan bedeli evlilikler üzerine yapılan çalışmalar genellikle evlilik türü olarak ele alınmış olup doğrudan kadınlar açısından yeterince irdelenmemiştir. Bu çalışma, doğrudan kadınların deneyimlerine odaklanarak sağlık boyutuna ilişkin özgün bir katkı sunacaktır. Bu araştırmanın temel amacı, kan bedeli evliliği yaşamış kadınların bireysel anlatımları aracılığıyla, bu geleneksel uygulamanın kadınların fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığı üzerindeki etkilerini incelemektir. Bu çalışma aynı zamanda kadınların kan bedeli olarak zorlandıkları evliliklerin toplumsal cinsiyet eşitsizliğini nasıl pekiştirdiğini, kadınların yaşamlarını nasıl şekillendirdiğini ve bu süreçte maruz kaldıkları şiddet türlerini ortaya koymayı hedeflemektedir.

Gereç-Yöntem

Bu araştırma, kan bedeli evliliği yaşamış kadınların deneyimlerini derinlemesine anlamak amacıyla nitel araştırma yöntemlerinden fenomenoloji deseni ile yürütülmüştür. Çalışmanın örneklemini, kan bedeli evliliği yaşamış kadınlar oluşturmuş olup, ulaşılması güç gruplarda derinlemesine veri elde etmeyi kolaylaştıran amaçlı ve kartopu örnekleme yöntemleri kullanılmıştır. Çalışmaya başlamadan önce MAÜ Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan 22.07.2025 tarih ve 204834 sayılı etik kurul izni alınmıştır. Araştırmada gönüllülük esas alınmış, katılımcılardan yazılı ve sözlü onam alınmış ve araştırma sürecinde etik ilkelere titizlikle uyulmuştur. Araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 7 kadın ile katılımcıların kendilerini güvende hissettikleri ortamlarda yarı yapılandırılmış derinlemesine yüz yüze görüşmeler yapılmıştır. Görüşmeler ses kaydıyla kayıt altına alınmış, kayıtlar yazıya aktarılarak analiz edilmiştir. Veriler, içerik analizi yöntemiyle değerlendirilmiş; kod, kategori ve temalar oluşturulmuş, bulgular doğrudan alıntılarla desteklenmiş ve katılımcılar rumuzlandırılarak gizlilik sağlanmıştır. Çalışmada elde edilen tanımlayıcı nicel veriler ise SPSS 21.0 paket programı kullanılarak sayı, yüzde ve ortalama değerleriyle sunulmuştur.

Bulgular

Araştırmaya katılan kadınların %42,9'unun Mardin, %28,6'sının Adıyaman ve %28,6'sının Diyarbakır ilinde yaşadığı belirlenmiştir. Yaş otalamasının 53.85 (Min: 43 Max:67 ±8.83) olup %71.4'ü evli, %28.6'sı duldur. Katılımcıların büyük çoğunluğunun (%85,7) şehirde yaşamaktadır. %85,7'sinin dört ve üzeri çocuk sahibi olduğu görülmektedir. Kadınların %71,5'i 15 yaş ve altında evlenmiştir. Eğitim düzeyi incelendiğinde katılımcıların %57,1'inin ilkokul mezunu olup tamamının çalışmadığı, buna karşın eşlerin büyük çoğunluğunun (%85,7) çalıştığı belirlenmiştir. Gelir düzeyinde ise katılımcıların %57,1'i düşük gelir grubunda yer almaktadır. Araştırmaya dâhil edilen yedi katılımcıdan yalnızca biri herhangi bir şiddet deneyimi bildirmezken, diğer altı katılımcı fiziksel, psikolojik, ekonomik ve/veya cinsel şiddeti içeren çoklu şiddet türlerine maruz kaldığını ifade etmiştir. Şiddetin özellikle eş ve kayınvalide kaynaklı olduğu, buna karşın kayınbaba figürünün çoğunlukla daha ılımlı ve destekleyici bir tutum sergilediği belirlenmiştir. Katılımcılardan üçü yaşamlarının bir döneminde

intihar girişiminde bulunduğunu, dört katılımcı ise psikolojik destek aldığını belirtmiştir. Görüşmelerde bazı katılımcıların depresyon ve anksiyete bozukluğu tanısı aldıkları ifade etmiştir. Kadınların önemli bir bölümü erken yaşta hipertansiyon ve benzeri kronik sağlık sorunlarıyla yaşadıklarını ifade etmiştir.

Sonuç ve Öneriler

Genel olarak evliliklerinin geleneksel bir zorunluluk olarak dayatıldığı, bu nedenle boşanmanın herhangi bir şekilde kabul edilmediği buna paralel olarak şiddet döngüsünün devam ettiği gözlemlenmiştir. Bulgular, kan bedeli evliliklerinin kadınların fiziksel ve ruhsal sağlıklarını olumsuz etkilediğini, psikososyal iyilik hâlini zayıflattığını ve şiddet maruziyetini artıran bir toplumsal mekanizma olarak işlev gördüğünü ortaya koymaktadır. Sonuç olarak, kan bedeli zorunlu evliliklerin ortadan kaldırabilmesi için kapsamlı sosyal politikalar, eğitim programları, kadın güçlendirme çalışmaları ve etkili hukuki düzenlemelerin yürürlüğe konulması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Kan bedeli evlilik, zorunluluk, şiddet, sağlık

TAM METİN SÖZLÜ BİLDİRİ

[S192]
AŞI,TARAMA,TEDAVİ: DSÖ SERVİKAL KANSER ELİMİNASYONU 2030 HEDEFLERİNDE NEREDEYİZ?

***Melike Nur Ünver Şimşek*, Türkan Günay**
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Rahim ağzı(serviks) kanseri önlenebilir ve tedavi edilebilir olmasına karşın 2022 yılında 350 000 kadını öldüren bir halk sağlığı sorunudur(1,2).Yüksek riskli insan papilloma virüsü (HPV) tipleriyle uzun süreli (persistan) enfeksiyon, neredeyse tüm rahim ağzı kanserlerinin temel sebebi olarak gösterilmektedir (HPV 16 ve HPV 18 gibi yüksek riskli tipler, dünya genelindeki rahim ağzı kanserlerinin %70'inden sorumludur)(3).

Türkiye Kanser İstatistikleri 2020' ye göre serviks kanseri ülkemizde kadın kanserlerinde en sık görülen ilk on kanser içinde yer almaktadır ve görülme sıklığı yüz binde 4,7'dir; 2020'de dünyada görülme sıklığı ise yüzbinde 13,3 olarak bildirilmiştir(4,5). Ulusal olarak dünyaya göre daha iyi insidansa sahip olmakla birlikte yaşa standardize insidans hızlarımızın son 5 yılda artış gösterdiği görülmektedir(4). Ayrıca serviks kanserinin ülkemizde 2022 yılında 102 kadının ölümüne sebep olduğu bildirilmiştir (6).

Yıllar içinde insan papilloma virüsü ile enfeksiyonu önlemek için çeşitli aşılar, aynı zamanda kanserle savaşmak için de çeşitli tarama ve tedavi stratejileri geliştirilmiştir. HPV için 3 tip aşı geliştirilmiştir:Gardasil-9 , güncel olarak kullanılan ve HPV tipleri 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 ve 58'e karşı koruma sağlayan aşıdır, ayrıca daha önce onay almış kuadrivalan (6,11,16,28) ve bivalan (16,18) aşılar mevcuttur(7).Ülkemizde HPV aşısının her üç formu 2023 yılından beri bulunmaktadır(8).Henüz aşı programında olmasa da Sağlık Bakanlığı Genişletilmiş Bağışıklama Programına dahil edilmesi tartışılmaktadır(9). HPV aşısı hem kız hem erkek çocuklara 9 yaşından itibaren önerilmektedir(8).

Serviks kanseri tarama ve tedavi programlarının amacı prekanseröz servikal lezyonlar ve erken evre invaziv kanser olgularını tespit ederek uygun şekilde tedavi etmek böylece rahim ağzı kanseri insidansını ve mortalitesini azaltmaktır(10). İnsidans ve mortaliteyi azaltmak amacıyla Dünya Sağlık Örgütü 2020 yılında tüm ülkeler için serviks kanseri eliminasyon hedefleri belirlemiştir(2). DSÖ'nün hedefi tüm ülkelerin, 100.000 kadında 4'ün altında bir insidans oranına ulaşması ve bunu sürdürmesidir (2). Bu hedefe ulaşmak için 2030 yılına kadar 3 alt hedef gerçekleştirilmelidir, DSÖ bu alt hedefleri 90- 70-90 hedefleri şeklinde tanımlamaktadır; aşı- tarama ve tedavi. 15 yaşına kadar kız çocuklarının yüzde 90' ı aşılanmalı, 35-45 yaş arası kadınların yüzde 70'i taranmalı ve prekanseröz lezyon tespit edilen kadınların yüzde 90'ı tedavi edilmeli ve invaziv kanser tanısı alan kadınların yüzde 90'ı uygun hastalık yönetimi ve tedaviye ulaşabilmelidir (2).

Türkiye'de servikal kanser 1992'den beri servikal smear kullanılarak fırsatçı tarama ile taranmaktadır. Uzun zamandır smear tabanlı yapılan bu tarama hedeflenen kapsama oranına ulaşamamıştır ve taranması planlanan kadın nüfusunun %20'si tarama programı kapsamında taranabilmiştir(11). Hedef kapsama oranına ulaşılamaması sonucu serviks kanseri taramasındaki sorunları aşmak için tarama stratejisinde değişikliğe gidilmesine karar verilmiştir(11). 2014 yılından beri yeni stratejiye göre 30-65 yaş arasındaki sağlıklı kadınların, 5 yılda bir, HPV-DNA (HPV-DNA testi serviks hücrelerinde virüsün tespiti esasına dayanır) testi ile taranması, pozitif çıkan olguların smear ile tekrar değerlendirilmesi gerekmektedir(11,12). Kırsal ve dezavantajlı gruplara da mobil araçlar ile tarama hizmeti verilmektedir(11,12). Ülkemizde rahim ağzı kanseri taramaları ücretsiz olarak Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezlerinde (KETEM), Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM), Toplum Sağlığı Merkezlerinde (TSM) ve Sağlıklı Hayat Merkezlerinde (SHM) yapılmaktadır(12).

Tarama ile tespit edildikten sonra serviks kanserinin erken evreleri, cerrahi veya kemoterapi/radyoterapi ile yüksek oranda tedavi edilebilir; zamanında tanı ve yüksek kalite tedavinin mevcut olduğu ülkelerde, erken evre

kanserlerde beş yıllık sağkalım oranı %80'in üzerinde olduğu gösterilmiştir(13). DSÖ'nün tedavi hedeflerine ulaşabilmek için önerdiği stratejiler patoloji hizmetlerinin güçlendirilmesi, cerrahi, radyoterapi, palyatif bakım imkanlarının genişletilmesini kapsamaktadır(2).

Tüm bu hedef ve stratejiler pratikte çoğu zaman teorik çerçeveden farklı biçimlerde gerçekleşmektedir. Alınan önlemlere rağmen serviks kanseri insidansı ve mortalitesi yüksek seyretmekte ve bu oranlar bölgeler arasında belirgin farklılıklar göstermektedir(14,15). Örneğin, 2022 yılında serviks kanserine bağlı ölümlerin yaklaşık %94'ü düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmiştir, bu ülkelerde serviks kanseri kadınlarda sık görülen diğer kanser türleri olan meme ve karaciğer kanserlerinden daha yaygın görülmektedir, ayrıca düşük ve orta gelirli ülkelerde erken evre tanı oranları da gelişmiş ülkelere göre daha düşüktür(1,10,14–16).

Bu yazının amacı, Dünya Sağlık Örgütü'nün 2030 yılı serviks kanseri eliminasyon hedefleri doğrultusunda, ülkemizde HPV aşısı yaptırma, taramaya katılım ve tedavi alanlarında mevcut durumu ve karşılaşılan engelleri güncel literatür ışığında incelemek ve bu engellerin aşılmasına yönelik olası müdahale önerilerini tartışmaktır.

Aşıda Güncel Durum

Literatüre bakıldığında HPV bilgi düzeyi, HPV aşısına karşı tutum ile ilgili pek çok çalışma mevcut ancak toplum düzeyinde aşı yaptırma oranını tam olarak gösteren bir çalışma bulunmamaktadır. Güncel olarak bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde aşı yaptırma oranı neredeyse her zaman %10'un altında kalmaktadır. Yapılmış bir meta-analiz Türkiye'de HPV aşısı kabulünü %39 olarak tespit etmiştir(17).

2019 yılında İstanbul'da yapılan bir çalışmada kadınların %90,3'ünün HPV aşısı yaptırmadığı, 2020 yılında 18-45 yaş arası 600 kadınla yapılan çalışmada kadınların sadece %1'inin aşı yaptırdığı 2023 yılında 584 kadınla yapılan bir çalışmada %96,6' sının HPV aşısı yaptırmadığı belirlenmiştir(18–20).

2023 yılında üreme çağındaki kadınlarda yapılan bir çalışmada aşı yaptırma oranının %4,8 olduğu ;18-65 yaş arası kadınlarla yapılan diğer çalışmalarda ise bu oranın %9,6 ve %1,8 olduğu beyan edilmektedir(21–23). Üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmalarda aşılanma oranları %9,5 -%7,3 bulunmuştur(24,25). Adölesanlarda ise aşılanma oranı %1,4 bulunup aşılı olmayanlardan sadece %11 'inin aşı yaptırmaya istekli olduğu görülmüştür(26).

10-18 yaş arası kız çocuğuna sahip ebeveynlerle yapılan bir çalışmada ebeveynlerin sadece %9,3'u çocuklarına HPV aşısı yaptırdıklarını belirtmiştir(27). Ebeveynlerin çocuklarına HPV aşısı yaptırma niyetlerinin sorgulandığı çalışmalarda çocuğuna HPV aşısı yaptırmak isteyenlerin oranı %20- 50 arasında değişmektedir(28–30). Öyle ki HPV pozitif hastalarla yapılan bir çalışmada bile katılımcıların sadece %13,7'si kızına aşı yaptırmayı düşündüğünü belirtmiştir(31).

Ebeveynlere çocuklarına aşı yaptırmama/ yaptırmak istememe sebepleri sorulduğunda alınan cevaplar aşı hakkında bilgi sahibi olmamak ve aşının yan etkilerini bilmemek şeklinde olmuştur ayrıca ebeveynlerin yarısından çoğu doktor tavsiye etseydi çocuğuna HPV aşısı yaptırabileceğini ve HPV Aşısı Sağlık Bakanlığı tarama programına alınırsa çocuğuna yaptırmayı düşünebileceğini belirtmiştir(27,28).

HPV aşısının sağlık çalışanları arasındaki durumunun da genel toplumdan çok farklı olmadığı görülmektedir; Kırklareli'nde 268 kadın sağlık çalışanıyla yapılan bir çalışmada sadece %3'ü HPV aşısı yaptırdığını belirtmiştir(32). İzmir'de aile hekimleri ile yapılan bir çalışmada ise hekimlerin sadece %7,7' sinin kendisine HPV aşısı yaptırdığı ve çocuğuna aşı yaptırmış olan/yaptırmayı düşünenlerin oranının %72,9 olduğu tespit edilmiştir(33).

Birçok çalışmada katılımcılara neden aşı yaptırmadıkları/ aşı yaptırmak istemedikleri sorulduğunda alınan cevaplarda yeterince bilgi sahibi olmama, aşı fiyatının yüksek gelmesi, aşıdan korkma, risk olarak görmeme, aşının gerekli olmadığını düşünme, aşının yan etkilerinden korkma, aşının etkili olduğuna inanmama, önemsememe, evli olmama, ailesinin izin vermeyeceğini düşünme ön plana çıkmaktadır.(20,21,26,29).

Bu bağlamda aşı fiyatı ile ilgili çekincelerin ve ebeveynlerin çocuğuna aşı yaptırmasıyla ilgili birtakım çekincelerin Sağlık Bakanlığı yeni aşı politikası ile aşılabileceği öngörülmektedir ancak hala HPV, riskleri ve sebep olduğu hastalıklar; aşıların yan etkileri, etkinliği hakkındaki bilgi ve eğitim eksiğinin kapatılması; toplumsal tabuların yıkılması için politika ve eylemlere ihtiyaç duyulmaktadır.

Taramada Güncel Durum

Ulusal tarama programına güncel katılım oranlarına bakılacak olursa Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023'te, 2022 yılında kadınların % 64.4' ünün hayatı boyunca hiç pap smear yaptırmadığı belirtilmiştir (34). Tarama oranlarını tespit için literatüre bakıldığında da benzer sonuçlar görülmekte, kadınların neredeyse yarısından fazlasının serviks kanseri taramasına katılmadığı ortaya çıkmaktadır.

İzmir'de 2019 yılında yapılmış bir çalışmada kadınların %55.0'ı en az bir kere pap-smear testini yaptırdığını belirtmiştir, beş yılda bir tekrarlanması önerilen bu testi son beş yıl içinde yaptıranların oranı ise %51.7 olarak bulunmuştur(35).Yine 2019 yılında Roman kadınlarla yapılan nitel bir çalışmada ise görüşülen 20 kadından hiçbirinin serviks kanserinden korunmayı bilmediği gözlemlenmiştir(36). Aynı yıllarda Düzce'de yapılan bir çalışmada katılımcıların %62,8 'i daha önce en az bir kez Pap smear testini yaptırdığını belirtirken, %37,2 'si daha önce hiç Pap smear testi yaptırmadığını belirtmiştir (37).

2021 yılında yapılmış olan 4 çalışmada taramaya katılım oranları %33-71 aralığında değişmiştir(38–41). 2022 yılında Elazığ'da taramaya katılım %47,5, 2023 yılında Çankırı'da % 54,1; aynı yıllarda Ankara'da %66,4; 2024 yılında Erzurum'da 658 kadınla yapılan bir çalışmada ise %34,7 bulunmuştur(21,42–44).

Taramaya katılmama sebeplerine bakıldığında çalışmalarda ortak sebepler ön plana çıkmaktadır: yaptırması gerektiğini bilmeme, gerekli görmeme, kendini risk altında görmeme, rahatsız edici bulma, sonuçtan korkma, maddi imkan olmaması, sağlık kurumuna ulaşımın güç olması, tarama ve tanı testleri arasında ayrım yapamama, taramalara karşı ilgisizlik, sağlıklı olduğunu düşünme, sağlık çalışanından tarama önerisi almama, ailede kanser öyküsünün olmaması, zaman yokluğu, utanma, cinsel yönden aktif olmama, daha önemli problemlerin olması, nereye başvuracağını bilmeme, yaş olarak erken ve yaş olarak geç olduğunu düşünme, sosyal güvencenin yokluğu/ karşılamayacağını düşünme(21,35–37,39,40,43,44). Bu ortak sebeplere rağmen katılım konusunda kırsal bölgelerde yaşayan kadınların daha dezavantajlı durumda olduğu kanıtlanmıştır(45). Ayrıca yüksek eğitim seviyeleri ve sağlık hizmetlerine yüksek erişimin de taramaya katılımı artırdığı kanıtlanmıştır(46).

Kadın sağlık çalışanlarına bakıldığında da durumun çok da farklı olmadığı görülmektedir: Kırklareli'nde yapılan bir çalışmada kadın sağlık çalışanlarının sadece %28.4'ünün düzenli tarama yaptırdığı, %71.6'sının hiç yaptırmadığı veya düzensiz yaptırdığı belirlenmiştir ;pap-smear veya HPV testi yaptırmayan kadınlar herhangi bir hastalık belirtileri olmadığı için, ihmal ettikleri için, bilgi eksikliği sebebiyle, utanma-korku sebebiyle ve zaman bulamama sebebiyle test yaptırmadıklarını belirtmiştir(32).

Taramaya katılım oranlarımızın DSÖ hedeflerinden uzak olduğu güncel literatürden anlaşılmaktadır. Burada değinilmesi gereken bir diğer nokta da bu oranlar hesaplanırken pek çok çalışmada en az bir kez test yaptırmak taramaya katılım olarak hesaplanmaktadır yani görünenden daha düşük taramaya katılım oranlarımızın mevcut olduğu söylenebilir. Ülke içinde bölgeden bölgeye ya da zamanla değişiklik gösterse de dezavantajlı grupların taramaya katılımının daha düşük olduğu dile getirilmelidir. Taramaya katılmama sebeplerine bakıldığında toplumun tamamının serviks kanseri, tarama yöntemleri ve taramanın birinci basamak sağlık merkezlerinde ücretsiz olarak yapılması ile ilgili eğitime ihtiyaç duyduğu, aynı zamanda hekim yönlendirmesinin güçlendirilmesi ve çalışan kadınlar için mesai saatlerinin genişletilmesi gibi müdahalelere gerek olduğu gözlemlenmiştir. Kadınlar yaş olarak tarama grubuna girdiklerinde takipleri daha sıkı yapılmalı ve bireye özgü esnek randevular önceden düzenlenerek katılım oranları artırılmaya çalışılmalı, mobil hizmetler güçlendirilmelidir.

Tedavide Güncel Durum

Tedavide güncel durumu değerlendirebilmek için "serviks kanseri tanısı almış olan kadınların ne kadarının

tedaviye ulaşabildiği" bilgisine gereksinim vardır. Ancak çalışmalarda serviks kanserine özel olmayan sağlık hizmetine ulaşıma yönelik veri bulunmaktadır. Bunun üzerinden bir tartışma yapılacak olursa;

Türkiye Sağlık Araştırması verilerinden yapılan bir çalışmada bölgelere göre karşılaştırma yapılmış:2019 yılı için sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik düzeyi en yüksek bölgeler, Batı Anadolu(mortalite ve sağlık insan kaynağında), Batı Marmara(koruyucu sağlık hizmetlerinde), Akdeniz(sağlık alt yapısında), Batı Karadeniz(sağlık hizmetleri kullanımında) ve Doğu Karadeniz Bölgesi (acil sağlık hizmetlerinde) olarak belirlenmiştir(48).Aynı çalışmada 2019 yılı için, İstanbul(acil sağlık hizmetlerinde), Orta Anadolu(mortalitede), Ortadoğu Anadolu(koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetleri kullanımında) ve Güneydoğu Anadolu(sağlık alt yapısı ve sağlık insan kaynağında) sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik düzeyleri en düşük bölgeler olarak tespit edilmiştir(48).Kadınların sağlık hizmeti kullanımı ile ilgili yapılmış olan nitel bir çalışmanın sonuçları göstermiştir ki kadınların önemli bir bölümü, kadın sağlığı şikâyetlerinde doktora gitmekten çekinmekte ve muayene sırasında utanma ya da rahatsızlık hissetmektedir, devlet hastaneleri ve ASM'lerde kalabalık, uzun bekleme süreleri, hijyen sorunları ve personel tutumu gibi olumsuzluklar yaşamaktadır ,komplikasyon korkusu, maddi yetersizlik ve toplumsal damgalanma endişesi de bireylerin sağlık hizmeti arayışını olumsuz etkilemektedir(49).

DSÖ hedeflerine ulaşılabilmesi için kadınların yeterli düzeyde tedaviye erişim hakkının gerçekleştirilmesi gerekmektedir, eğitim eksikliği giderilip toplumsal tabular yıkıldığı takdirde dahi önümüze ASM' lerdeki kalabalık, hastanelerde randevu yoğunluğu, sağlık kurumlarına ulaşım güçlüğü, bekleme süreleri gibi problemler çıkmaktadır, burada DSÖ'nün de bu hedef için önermiş olduğu sağlık hizmeti sunumunda geliştirmeler yapılması gerekmekte, sağlık sisteminin üzerindeki randevu yükünün/yoğunluğun aile hekimliği birimlerinin kalitesi ve sayısı artırılıp uygun bir sevk sistemi düzenlenerek azaltılmasının gerektiği görülmektedir(2,47–50).

Sonuç ve Öneriler

Güncel literatür ışığında ülkemizin DSÖ hedeflerine ulaşma konusunda henüz çok ilerleme kaydedemediği söylenebilir. Bu hedeflere ulaşabilmek için en büyük problem olarak görünen bilgi eksikliği için okullarda yaş grubuna uygun cinsel sağlık-üreme sağlığı eğitimleri verilmesi önemli bir adım olacaktır. Eğitim ile serviks kanserinden özellikle primer ve sekonder korunma konusundaki bilgi eksiği kapanabilecektir. Ayrıca özellikle birinci basamağı güçlendirmek, ASM'lerde hekim ve aile sağlığı çalışanı başına düşen nüfusu azaltmak, kadın sağlığı izlemlerinin düzenli yapılabilmesini sağlayarak serviks kanseri taramasının hedefe ulaşabilmesini sağlayacaktır. Kadının tüm sağlık sorunları için danıştığı aile hekiminden bu hizmeti alabilmesi sağlık hizmetine ulaşmanın önündeki utanma, çekinme nedeniyle başvurmama engelinin aşılmasını sağlayacaktır. Dezavantajlı grupların eşitliğe ulaşabilmesi bağlamında aşının ücretsiz olması ve sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engellerin kaldırılması büyük önem arz etmektedir.

Kaynaklar

1. *Cervical Cancer Elimination Initiative [İnternet]. [a.yer 15 Nisan 2025]. Erişim adresi: https://www.who.int/initiatives/cervical-cancer-elimination-initiative*
2. *Global Strategy to Accelerate the Elimination of Cervical Cancer As a Public Health Problem. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2020. 1 s.*
3. *National Institutes of Health. Cervical Cancer Causes, Risk Factors, and Prevention. [a.yer 08 Temmuz 2025]; Erişim adresi: https://www.cancer.gov › cervical › causes-risk-prevention*
4. *T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kanser İstatistikleri 2020. Ankara,2025;*
5. *Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, vd. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209-49.*
6. *IARC. GLOBOCAN TÜRKİYE 2022 [İnternet]. Erişim adresi: https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/792-turkiye-fact-sheet.pdf*
7. *CDC. https://www.cdc.gov/hpv/vaccines/index.html. [a.yer 31 Temmuz 2025]; Erişim adresi: https://www.cdc.gov/hpv/vaccines/index.html*

8. *Klimik Aşı Platformu [İnternet]. [a.yer 25 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://asi.klimik.org.tr/asi/hpv*

9. *DW. HPV aşısı 2025 sonunda ücretsiz uygulanacak. [a.yer 31 Temmuz 2025]; Erişim adresi: https://www.dw.com/tr/hpv-aşısı-2025-sonunda-ücretsiz-uygulanacak/a-72899031#:~:text=Sağlık%20Bakanı%20Kemal%20Memişoğlu%2C%20TRT,yaş%20üzerindeki%20bireylerin%20de%20talep*

10. *IARC. Cervical Cancer Screening. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2022.*

11. *T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kanser Kontrol Programı.*

12. *Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Rahim Ağzı (Serviks) Kanseri. [a.yer 31 Temmuz 2025]; Erişim adresi: https://tektiklabilgielinde.saglik.gov.tr/rahim-agzi-serviks-kanseri.html*

13. *Cohen PA, Jhingran A, Oaknin A, Denny L. Cervical cancer. The Lancet. 12 Ocak 2019;393(10167):169-82.*

14. *Vale DB, Sauvaget ,Catherine, Muwonge ,Richard, Thuler ,Luiz Claudio Santos, Basu ,Partha, Zeferino ,Luiz Carlos, vd. Level of human development is associated with cervical cancer stage at diagnosis. J Obstet Gynaecol. 02 Ocak 2019;39(1):86-90.*

15. *Singh D, Vignat J, Lorenzoni V, Eslahi M, Ginsburg O, Lauby-Secretan B, vd. Global estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2020: a baseline analysis of the WHO Global Cervical Cancer Elimination Initiative. Lancet Glob Health. Şubat 2023;11(2):e197-206.*

16. *Bray F, Jemal A, Grey N, Ferlay J, Forman D. Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008–2030): a population-based study. Lancet Oncol. 01 Ağustos 2012;13(8):790-801.*

17. *Gulle BT, Kiran P, Celik SG, Varol ZS, Siyve N, Emecen AN, vd. Awareness and acceptance of human papillomavirus vaccine in the Middle East: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 159 studies. Epidemiol Infect. 10 Aralık 2024;152:e165.*

18. *Koç Ö, Yüksekol Ö, Baltaci N. KADINLARIN SERVİKS KANSERİ TARAMASI İNANÇLARININ HPV AŞISINA YÖNELİK İNANÇLARI İLE İLİŞKİSİ. Turk J Fam Med Prim Care [İnternet]. 2023 [a.yer 25 Ekim 2025];17(1). Erişim adresi: https://avesis.omu.edu.tr/yayin/2c77b23e-4ee8-4ec1-bfc6-98586e50c808/kadinlarin-serviks-kanseri-taramasi-inanclarinin-hpv-asisina-yonelik-inanclari-ile-iliskisi*

19. *Gürdal Y. Kadın doğum polikliniğine başvuran kadınların HPV ve HPV aşısına yönelik sağlık inançları. 19 Ekim 2022 [a.yer 25 Ekim 2025]; Erişim adresi: http://hdl.handle.net/20.500.12645/31149*

20. *Yılmaz B, Hat BN, Yürekli Y, Oskay Ü. Genç Erişkinlerin Human Papilloma Virüs (HPV) ve HPV Aşısına İlişkin Bilgi ve Görüşleri: Kesitsel Bir Çalışma. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 29 Mayıs 2021;7(2):138-48.*

21. *Çınar D, Çetin SA. 18-65 Yaş Arasındaki Kadınların Serviks Kanserinden Korunmaya Yönelik HPV Enfeksiyonu ve Aşılanmasına İlişkin Sağlık İnanç Düzeyleri. Etkili Hemşire Derg. 30 Nisan 2024;17(2):256-69.*

22. *Demir R. Kadınların Human Papilloma Virüs Enfeksiyonu ve Aşısı Hakkındaki Farkındalıkları ile Servikal Kanserin Erken Tanısına Yönelik Tutumları. Etkili Hemşire Derg. 15 Ekim 2024;17(4):603-21.*

23. *Aydın A, Bal M. Üreme Çağındaki Kadınların HPV Hakkındaki Bilgi Düzeyleri. Bilecik Şeyh Edebali Univ Fac Health Sci J. 01 Mayıs 2025;3(2):142-53.*

24. *Mete SÖ, Özkan FS. Kız Öğrencilerin Serviks Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Tutumları: Düzce Üniversitesi Örneği. Sağlık Bilim Değer. 16 Ocak 2024;14(1):18-25.*

25. *Alsancak A, Yazıcı BB, Sakar HH, Bala NB, Uçarer S, Bakar C. Üniversite öğrencilerinin Human Papilloma Virus (HPV) ve HPV aşısı hakkındaki tutumları ve bilgi düzeyleri. HALK SAĞLIĞI ARAŞTIRMA VE UYGULAMALARI DERGİSİ. 29 Nisan 2024;2(1):30-43.*

26. *Ozyer S, Uzunlar O, Ozler S, Kaymak O, Baser E, Gungor T, vd. Awareness of Turkish female adolescents and young women about HPV and their attitudes towards HPV vaccination. Asian Pac J Cancer Prev APJCP. 2013;14(8):4877-81.*

27. *Atlı E, Göl İ. Ebeveynlerin Human Papilloma Virüs Aşısına Yönelik Tutum ve İnançlarının Değerlendirilmesi. Izmir Democr Univ Health Sci J. 31 Mayıs 2022;5(1):270-84.*

28. *Karaoğlu FN. Adölesan çocuğa sahip kadınların serviks kanseri ve hpv aşısı hakkındaki bilgi, tutum ve sağlık inançlarının değerlendirilmesi. [a.yer 25 Ekim 2025]; Erişim adresi: https://acikerisim.sbu.edu.tr/yayin/6172&dil=0*

29. *Altunbaş N. Determination of Women's Belief Levels Regarding Human Papilloma Virus Infection and Vaccine and Hesitations towards Vaccination. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 26 Eylül 2024;13(3):1141-8.*

30. *Güven AG, Abseyi SN, Sevim M, Taşar M. Attitudes and Beliefs of Parents About HPV Vaccination in Their Daughters During COVID-19 Pandemic: A Cross Sectional Study. Türkiye Çocuk Hastalık Derg. 25 Eylül 2023;17(5):387-93.*

31. *Purut YE, Purut ŞN, Giray B, Yazıcı Z, Kabaca C. HPV pozitif olan hastaların HPV hakkında bilgileri ve HPV aşılarına yaklaşımı: Tersiyer bir merkezin deneyimi. Zeynep Kamil Tıp Bül. 15 Aralık 2020;51(4):207-11.*

32. *Akkoyun E. Kadın sağlık çalışanlarının Human Papilloma virüsü hakkında bilgi düzeyleri ve serviks kanseri erken tanı yöntemleri ile ilgili uygulamaları. 2023 [a.yer 25 Ekim 2025]; Erişim adresi: https://hdl.handle.net/20.500.14551/8235*

33. *Mersin P, Tuncer Ö. Aile Hekimlerinin HPV Aşısı Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları. Turk J Fam Pract. 15 Eylül 2023;27(3):45-52.*

34. *T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı [2023]. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; [2025]. [İnternet]. Erişim adresi: https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/50500/0/siy202307032025pdf.pdf*

35. *Babaoğlu A, Büyüközmen E, Can F. İzmir'de Toplumda Kanser Tarama Testleri Farkındalığı ve Bireylerin Kanser Tarama Testlerine Katılımını Etkileyen Faktörler. Med J West Black Sea. 29 Mayıs 2021;5(2):173-81.*

36. *Aydın M, Avcı İA. Dezavantajlı Roman Kadınların Servikal Kanser Taramalarına Katılımını Engelleyen Faktörler: Kalitatif Analiz. Balıkesir Sağlık Bilim Derg. 15 Mart 2023;12(1):177-84.*

37. *Uludağ G, Gamsızkan Z, Sungur MA. Kadınların Serviks Kanseri ve Taraması İle İlgili Sağlık İnançlarının Değerlendirilmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg. 21 Eylül 2020;10(3):357-62.*

38. *Durmaz S, Ozvurmaz S, Adana F, Kurt F. Kadınlarda Serviks Kanserinin Tanısına İlişkin Tutum ve Düzenli Jinekolojik Muayene İlişkisinin Kesitsel Olarak Değerlendirilmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Derg. 31 Ocak 2021;5(1):26-36.*

39. *KiRacilar E, Koçak DY. THE EFFECTS OF HEALTH LITERACY ON EARLY DIAGNOSIS BEHAVIORS OF BREAST AND CERVICAL CANCER IN WOMEN AGED 18-65. J Contemp Med. 31 Mayıs 2023;13(3):410-7.*

40. *Akın B, Aksoy YE, Karakuş Ö. Kadınların pap smear testi yaptırma durumu, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve servikal kanserin erken tanısına yönelik tutumları. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg. 30 Haziran 2022;9(2):273-82.*

41. *Demİr H. Aile hekimliği anabilim dalı kadınların serviks kanseri risk durumları ve risk algısı ile serviks kanser taraması yaptırmaları arasındaki ilişki. 2022 [a.yer 26 Ekim 2025]; Erişim adresi: https://avesis.deu.edu.tr/yonetilen-tez/10345759-3c15-4781-8b83-c0775a110eb6/aile-hekimligi-anabilim-dali-kadinlarin-serviks-kanseri-risk-durumlari-ve-risk-algisi-ile-serviks-kanser-taramasi-yaptirmalari-arasindaki-iliski*

42. *Yaşar S, Durak Z, Aslan Y. Kadınların Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Cumhur Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg [İnternet]. 17 Eylül 2024 [a.yer 31 Temmuz 2025]; Erişim adresi: http://dergipark.org.tr/tr/doi/10.51754/cusbed.1464174*

43. *Approach of Female Patients to Screening Tests in the Prevention of HPV-Related Cervical Cancer and the Effect of Physician's Recommendation. ResearchGate [Internet]. 24 Ekim 2025 [a.yer 26 Ekim 2025]; Erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/375098168_Approach_of_Female_Patients_to_Screening_Tests_in_the_Prevention_of_HPV-Related_Cervical_Cancer_and_the_Effect_of_Physician s_Recommendation*

44. *Yavuz E. Erzurum İlinde Kadınların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Sosyodemografik Özelliklerinin Kanser Taramalarına Katılım Durumları ile İlişkisi [İnternet] [Thesis]. Atatürk Üniversitesi; 2024 [a.yer 26 Ekim 2025]. Erişim adresi: http://earsiv.atauni.edu.tr/xmlui/handle/123456789/894*

45. *Yeşilfidan D, Özkan M, Adana F. Comparison of cervical Cancer-Related knowledge, attitudes, and behaviors among women in urban and rural regions. BMC Public Health. 28 Temmuz 2025;25(1):2561.*

46. *Gülle BT, Tozduman B, Ören Çelik MM. Determinants of cancer screening participation in Türkiye: a nationwide study of demographic, socioeconomic, and lifestyle factors. BMC Public Health. 02 Ağustos 2025;25(1):2637.*

47. *Genç G, Kurutkan MN. EŞİTSİZLİK BAĞLAMINDA KARŞILANMAYAN SAĞLIK İHTİYACI: TÜRKİYE SAĞLIK ARAŞTIRMASI VERİLERİNDEN KANITLAR. SDÜ Sağlık Önetimi Derg. 30 Haziran 2021;3(1):34-51.*

48. *Sezgin MT, Köse A. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerine Ulaşılabilirlik Düzeyinin Değerlendirilmesi: 2015-2019. Unika Sağlık Bilim Derg. 27 Ağustos 2024;4(2):836-60.*

49. *Arman İ, Okumuş E, Lay N, Topçu K, Sarikaya Ö, Çöbek P. The Determination Of The Factors And Expectations Which Affect The Utilization of Health Services In Women: A Qualitative Research. Turk J Fam Med Prim Care. 16 Mart 2020;14(1):23-32.*

50. *Dağtekin G, Kılınç A, Ünsal A, Arslantas D. Türkiye'de 2012-2016 Yılları Arasında Pap Smear Testi Yaptırma İle Aile Hekimi Başına Düşen Nüfus Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Türk Tıp Öğrencileri Araşt Derg. 14 Aralık 2021;3(1):1-4.*

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S193]
ISPARTA'DA AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMLERİNDE ŞİDDET OLGUSU VE BEYAZ KOD UYGULAMASININ BİLİNİRLİK DURUMU

Gülşen Olgun İzmirli[1], Yasemin Durduran[1], Özgür Önal[2], Mehtap Yücel[1]
[1]Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Sağlık çalışanını riske atan her türlü saldırı, tehdit ve sözlü taciz sağlıkta şiddet olarak tanımlanmaktadır. DSÖ, sağlık çalışanlarının %8 ila %38'inin kariyerlerinin bir noktasında fiziksel şiddete, çok daha fazlasının ise tehdit ya da sözlü saldırıya uğradığını bildirmiştir. Ülkemizde sağlık çalışanlarının çoğunluğu meslek hayatları boyunca en az bir kez şiddete maruz kalmaktadır. Çalışmalar, çeşitli nedenlerle sağlıkta şiddette bildirimlerin yetersiz olduğunu göstermektedir. Ülkemizde sağlıkta şiddet bildirimi 'Beyaz Kod Uygulaması' (BKU) ile yapılmaktadır. Bu çalışma ile Isparta il merkezinde görev yapan aile hekimi (AH) ve aile sağlığı elemanlarının (ASE) şiddete maruz kalma durumu, şiddet görme korkusu durumlarının belirlenmesi ve şiddet olgusunun sosyodemografik etmenler ve BKU ile ilişkisinin incelenmesi amaçlandı. İkincil olarak BKU'ya yönelik bilgi ve tutumlarının saptanması da hedeflendi.

Gereç-Yöntem

Çalışma kesitsel türde tasarlandı. Araştırma için Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Etik Kurulu'ndan izin alındı (2023/4176). Çalışmanın evrenini Nisan- Kasım 2023 tarihleri arasında Isparta il merkezinde aile hekimliği birimlerinde (AHB) aktif olarak çalışan 89 AH ve 87 ASE oluşturdu. Araştırma için örnek büyüklüğü hesaplanmamış olup bu birimlerde çalışan, çalışmaya katılmak için gönüllü olup onay veren AH ve ASE'ler dahil edilmiştir. Çalışma 159 kişi(%90,3) ile tamamlanmıştır. Araştırmada herhangi bir çıkar çatışması ve finansal destek yoktur. Veri toplama formu yaş, cinsiyet, mesleki deneyimleri gibi soruların yer aldığı kişisel bilgi formu, Şiddete Maruz Kalma Ölçeği (ŞMKÖ), Şiddet Görme Korkusu Ölçeği (ŞGKÖ) ve katılımcıların BKU ile ilgili bilgi ve tutumlarını belirlemek amacıyla literatür taranarak hazırlanan Beyaz Kod Uygulaması Bilgi Formu olarak dört bölümden oluşmaktadır. Ölçekler, Akbolat ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanan 5'li Likert tipi ölçeklerdir. ŞMKÖ, 'maruz kalma' ve 'tanık olma' şeklinde iki alt boyuttan ve toplam 8 ifadeden oluşmakta iken(Cronbach alpha katsayıları sırasıyla 0,72 ve 0,91); ŞGKÖ, katılımcıların gelecek zamanda iş yerinde maruz kalmaktan korktukları şiddet durumlarını içeren toplam 10 sorudan oluşmaktadır(Cronbach alpha katsayısı 0,94). Çalışma verileri yüzyüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Verilerin analizi SPSS paket programında tanımlayıcı analizler ile Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis H testleri ile yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p<0,05$ düzeyinde kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya katılmayı kabul eden 159 katılımcının %53,5'i (n=85) aile hekimi, %69,2'si (n=110) kadın olup; %89,9'u (n=143) şiddete tanık olduğunu, %57,9'u (n=92) şiddete maruz kaldığını belirtmişti. Maruz kalınan şiddetin %86,9'u psikolojik, %51,1'i fiziksel ve %14,1'i ekonomik şiddet olarak ifade edildi. ŞMKÖ ortancası 1,77(1,31-2,38), ŞGKÖ ortancası 4(3,30-4,50)dü. Katılımcıların %96,2'si BKU'yu bildiğini/duyduğunu, %23,3'ü kullandığını belirtirken; %41,5'i BKU ile ilgili eğitimini almıştı, %18,2'i katılımcı da bu uygulamayla ilgili bilgi düzeyini yeterli buluyordu. Katılımcıların %40,3'ü BKU'dan memnundu. ŞMKÖ puanları AH'lerde, erkeklerde; AHB'de11 yıl ve daha fazla çalışanlarda ve BKU'yu bilen/duyanlarda daha yüksekti (sırasıyla p=0,02; p=0,001; p=0,02 ve p=0,03). ŞGKÖ puanları ise aile hekimlerinde ve BKU'yu kullananlarda daha yüksekti (sırasıyla p=0,001 ve p=0,048).

Sonuç ve Öneriler

Çalışma sonuçlarına göre AHB'lerde sağlıkta şiddet olgusu hem maruziyet hem de tanıklık etme açısından yüksektir. Birden fazla şiddet türüne maruz kalma durumu da mevcuttur. Ayrıca şiddet görme korkusu da göz ardı edilemeyecek durumdadır. BKU kullanma oranı şiddete maruz kalma oranından oldukça düşüktür. Sağlık çalışanlarında şiddetin kavramsal çerçevesi, şiddetten korunma ve önleyici önlemler, BKU kullanımının önemi konularında daha fazla eğitim ve farkındalık çalışmalarına yer verilmesi şiddetin önlenmesi adına yol gösterici olabilir.

Anahtar Kelimeler: Beyaz kod, şiddet, sağlık çalışanları

TAM METİN SÖZLÜ BİLDİRİ

[S194]
SAĞLIKLI TOPLUMLAR İÇİN NEFRET SÖYLEMİ İLE MÜCADELE

***Gül Usar Yıldız*, Dilek Aslan**
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Özet

Sahip olunan özellikleri nedeniyle bir gruba ya da bir bireye yönelik olumsuz sonuçlara neden olabilecek saldırgan söylemler nefret söylemi kavramı içinde ele alınmaktadır. Konu, nedenleri, sonuçları ve önlenebilir özelliği açılarından halk sağlığının ilgilendiği konular arasındadır. Bu yazıda nefret söylemi kavramı, nedenleri ve belirleyenleri, risk grupları, bireylerin ve toplumun sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri, topluma yayıldığı yollar, bilimsel temelde güncel veriler ve önleme yaklaşımları yer almıştır. Yazıda ayrıca; "sağlıklı toplumlar" hedefine ulaşabilmek için nefret söylemi ile mücadelenin gerekliliği üzerinde durulmuştur.

Bireysel özellikler, toplumsal yargılar, kişi ve toplumların öznel bazı durumları, bir konudaki yanlış bilgiler, kasıtlı üretilen yanlış bilgiler nefret söylemi nedenleri arasında olabilir. Belirsizlikler ve krizler nefret söyleminin üretilmesine katkıda bulunabilir. Nefret söylemi bireysel ve toplumsal düzeyde olumsuz etiketleme, damgalama ve ayrımcılık, sağlık hizmetlerine erişememe, sağlık ve hastalık örüntülerinde değişikliklere yol açabilir. Bu tür istenmeyen sonuçlar hastalıkların sıklığını ve ciddiyetini artırabilir, ölümlere sebep olabilir. Nefret söylemini önleyebilmek için priomordial, primer, sekonder, tersiyer korunma yaklaşımları kullanılmalıdır. Güçlü ve sistematik bir yaklaşım bu küresel soruna kalıcı çözümler üretebilir.

Anahtar Keimeler: Nefret söylemi, halk sağlığı, önleme.

COMBATING HATE SPEECH FOR HEALTHY SOCIETIES

Abstract

Aggressive discourses that may cause negative consequences against a group or an individual due to their characteristics are defined within the concept of hate speech. The subject is among the public health issues due to its causes, consequences, and preventable features. This article includes the concept of hate speech, its causes and determinants, risk groups, negative effects on the health of individuals and society, the ways in which it spreads, current scientific data, and preventive approaches. The article also emphasizes the necessity of combating hate speech to achieve the goal of "healthy societies".

Individual characteristics, social judgments, some subjective situations of the individuals and the societies, misinformation, disinformation can be among the causes of hate speech. Uncertainties and crises can contribute to the generation of hate speech. Hate speech can lead to negative labeling, stigmatization and discrimination, lack of access to health services, changes in health, and disease patterns at individual and societal levels. Such unintended consequences can increase the frequency and severity of diseases and cause deaths. To prevent hate speech, primordial, primary, secondary, and tertiary prevention approaches should be used. A strong and systematic approach can produce permanent solutions to this global problem.

Keywords: Hate speech, public health, prevention.

Tanım ve ilgili Kavramlar

Nefret söylemi çok çeşitli nedenlerle birey ve toplum sağlığı açısından olumsuzlukları beraberinde getirmektedir.[1] Nefret söylemi toplumda kutuplaşmayı derinleştiren, ayrımcılık ve eşitsizlikleri derinleştiren, bireysel ve toplumsal düzeyde olumsuz sağlık sonuçlarına yol açabilen önemli bir sorundur. Sağlıklı toplumların inşası için önlenebilir bir sorun olan nefret söylemi ile mücadele önemli katkılar sağlar. Bu sayede dirençli toplumların oluşması kolaylaşır. Bu yazıda nefret söylemi kavramı, nedenleri ve belirleyenleri, risk grupları, bireylerin ve toplumun sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri, topluma yayıldığı yollar, bilimsel temelde güncel veriler ve önleme yaklaşımları yer almıştır. Yazıda ayrıca; "sağlıklı toplumlar" hedefine ulaşabilmek için nefret söylemi ile mücadelenin gerekliliği üzerinde durulmuştur.

Nefret söylemi ile ilgili farklı tanımlamalar yapılmaktadır. Genel olarak nefret söylemi; bir grubu ya da bir bireyi sahip olduğu özellikleri temelinde, geniş etkisiyle toplumsal barışı da tehdit edebilecek saldırgan söylemleri ifade eder.[2]

Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesinin 1997'de kabul ettiği R (97) 20 sayılı tavsiye kararında nefret söyleminin tanımı yapılmıştır. Kararda nefret söylemi; "Irkçı nefret, yabancı düşmanlığı, antisemitizm veya hoşgörüsüzlük ifade eden saldırgan milliyetçilik de dahil olmak üzere, hoşgörüsüzlüğe dayalı diğer nefret biçimlerini yayan, teşvik eden, savunan ya da haklı gösteren her türlü ifade biçimi" şeklinde tanımlamıştır.[3]

Bir başka tanıma göre nefret söylemi; kişileri taciz eden, aşağılayan, gözünü korkutan, şiddeti ve ayırımcılığı teşvik eden, savunmasız grupları kötüleyen her türlü iletişim olarak tanımlanabilir. Bununla birlikte sadece insanlar için değil hayvanlar için de nefret söylemleri olabilmektedir. Hayvanlara yönelik nefret söylemlerine karşı olan yasal düzenlemeler insanlar için olduğundan daha yetersizdir.[1]

Nefret söylemi, infodemi kavramı içinde de değerlendirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) infodemiyi, 'salgın gibi kriz anlarında dijital ya da fiziksel ortamlarda yanlış bilgi (misinformasyon), çarpıtılmış/kasıtlı üretilmiş yanlış bilgi (disinformation), doğrulanmamış bilgi (unchecked information), söylenti (rumor), bilgi boşlukları (information voids) vb. içeren ve insanları olumsuz sağlık davranışlarına yönlendiren bilgi fazlalığı/bolluğu' olarak tanımlamıştır. Nefret söylemi, infodeminin istenmeyen sonuçları arasında yer almaktadır.[1]

Nefret söylemi kavramı, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi gibi bazı uluslararası sözleşmelerde yer aldığı gibi ülkelerin kendi kanun içeriklerinde de yer almaktadır. Türkiye'de Türk Ceza Kanunu'nun 122. Maddesinde nefret suçu ile ilgili ayrıntılar tanımlanmıştır.[6]

Nefret söyleminin ayırt edilmesinde dikkat edilmesi gereken iki temel nokta vardır. Birincisi nefret söylemiyle bir kişi veya grubu incitmek, kişiliksizleştirmek, taciz etmek, alçaltmak, küçük düşürmek, mağdur etmek veya bu kişi ve gruplara karşı duyarsızlığı ve düşmanlığı artırmak amaçlanır. İkincisi ise nefret söyleminin yol açabileceği muhtemel zararlar, yani ifadenin tehlikeli sonuçlara sebep olabilmesi söz konusudur.[4]

Sorunun Boyutu ve Topluma Yayılma Yolları

Nefret söyleminin sıklığını değerlendirmek kavramın ölçümü ile ilgili evrensel standartlar olmadığı için çok kolay değildir. Bununla birlikte; yapılan çalışmalar nefret söylemi ile karşılaşma sıklığının az olmadığını ortaya koymaktadır. Örneğin; 2017 yılında İtalya'da adolesanlar arasında yapılan bir çalışmada, çevrimiçi bir ortamda adolesanların %15'i en az bir kez nefret söylemi ile karşılaştığını ifade etmiştir. 2019 yılında gerçekleştirilen bir araştırmaya göre, Birleşik Krallık'taki yetişkinlerin %18'i internette yer alan nefret söylemi konusunda endişe duymaktadır. Ayrıca, Birleşik Krallık'ta 500 kadın katılımcı ile yapılan bir ankette, kadınların %47'si mevcut yasal düzenlemelerin bu konuda yetersiz olduğunu ifade etmiştir. Sosyal medya nefret söyleminin yayılmasına katkı sağlamaktadır. Bu konuda 2022 yılında yapılan bir araştırmada sosyal medya paylaşımlarının nefret söylemi taşıma yüzdesi 11 ile 16 arasında değişmiştir.[9] Kavramın genişliği ve etkilediği kitleler göz önüne alındığında; sorunun boyutunun büyük olduğu, tanımlarındaki farklılıklar nedeniyle yeterince tespit yapılamadığı şeklinde bir yorum da yapılabilir.

Nefret söylemi çeşitli sözlü, yazılı ve görsel biçimlerde iletilebilir. Haberlerde, raporlarda, geleneksel basılı yayınlarla, sosyal medya aracılığıyla, resimler, karikatürler, nesneler, jestler ve semboller de dahil olmak üzere her türlü ifade yoluyla iletilebilir.[1, 2] Medya organları nefret söyleminin yayılımını kolaylaştırmaktadır.

Nefret Söyleminin Değerlendirmesi/Ölçütleri

- Nefret söylemini değerlendirmek için kullanılan bir çerçeve aşağıda sunulmuştur:[11]
- Abartma/yükleme/çarpıtma: Bir kişi ya da olaydan yola çıkarak bir topluluğa yönelik olumsuz genellemeler, çarpıtmalar, abartmalar, olumsuz atıflar içeren söylemler.
- Küfür/hakaret/aşağılama: Bir topluluk hakkında doğrudan küfür, aşağılama, hakaret içeren söylemler.
- Düşmanlık/savaş söylemi: Bir topluluk hakkında düşmanca, savaşı çağrıştıran ifadelerin yer aldığı söylemler.
- Doğal kimlik öğesini nefret aşağılama unsuru olarak kullanma/ simgeleştirme: kimlik öğesinin nefret, aşağılama unsuru olarak kullanıldığı, simgeleştirildiği söylemler.

Moon tarafından 2008 yılında Kanada İnsan Hakları Mahkemesi için hazırlanan bir raporda nefret içerikli mesajlara ilişkin bir tanımlama yapılmıştır. Bu raporda yer alan betimlemeler Akgül tarafından 2020 yılında gündeme getirilmiştir. Tehdit, damgalanmak, şiddet eğilimi yaratmak, şiddet eylemine yöneltmek, kışkırtmak nefret içerikli mesajların bazı özellikleri arasındadır.

Risk Grupları

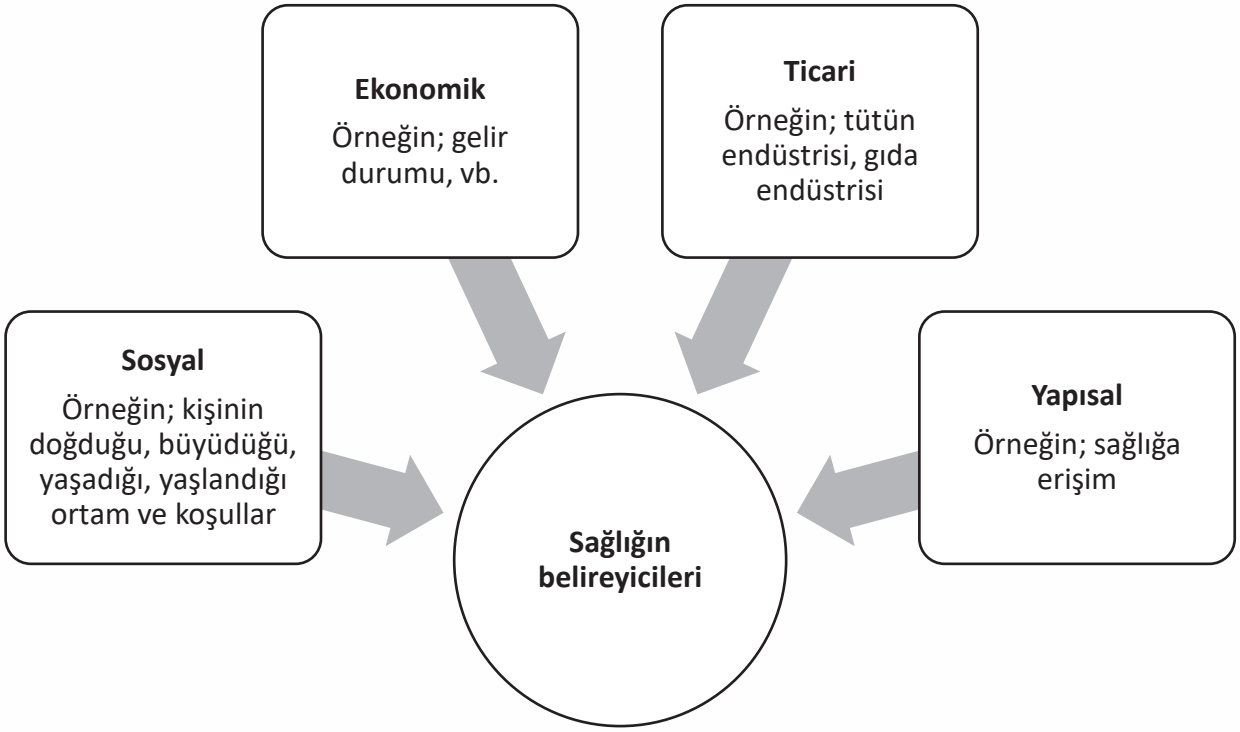
Risk gruplarına yönelik nefret ve önyargı bireylerin ya da grupların "din, ırk, ten rengi ve etnik köken" ya da "yeti yitimi ve yaşlılık" temelinde ortaya çıkabilmektedir. Nefret söylemine maruz kalmak açısından risk altındaki grupların halk sağlığının da riskli grupları ile uyumlu olduğu görülmüştür. Bu riskli veya dezavantajlı gruplara mülteciler, yaşlılar, kadınlar, yeti kaybı olan bireyler, azınlıklar örnek verilebilir. Alp H tarafından (2016) nefret söyleminin siyasal bir düşünceye ve/veya bu düşünceye sempati duya kişilere, yabancılara ve göçmenlere yönelik, cinsel kimlik temelinde, kadınlara karşı cinsiyetçi biçimde, inanç, etnik köken vb. nedenlere bağlı olarak ya da yeti yitimi üzerinden ortaya çıkabileceği ifade edilmiştir.[13]

Savaşlar, göçler, afetler, pandemiler gibi toplumsal kriz anlarında artan belirsizlik ve korku, komplo teorileri ve nefret söylemlerini arttırmaktadır. Ortaya çıkan kriz; sorumlu tutulan, tehdit veya düşman olarak görülen belirli bireyleri ya da grupları hedef alan nefreti ve nefret söylemlerini arttırabilir.[14]

Risk gruplarının yaşadığı olumsuzluklar COVID-19 pandemi döneminde daha görünür olmuştur. Örneğin; COVID-19 pandemisi pek çok alanda eşitsizliklerin derinleşmesine yol açarken bu süreçte ortaya çıkan yanlış bilgiler, söylentiler, şüpheciliğe, komplo teorilerine ve kutuplaşmalara yol açmıştır. Bu kutuplaşmaların artması kişilerin yaşadıkları coğrafya, ten renkleri, ait oldukları din gibi özelliklerini öne çıkaran nefret söylemlerinin artmasına yol açmıştır.[10]

Nefret Söyleminin Nedenleri ve Belirleyenleri

Nefret söylemi, neden ve sonuç ilişkisi açısından iyi anlaşılmalıdır. Nefret söylemi, kendisi kötü sağlık sonuçlarının bir belirleyicisi olabileceği gibi, söylemin ortaya çıkmasına neden olan çeşitli durumlar da vardır. Bu noktada, genel olarak sağlığın belirleyicilerini hatırlamakta yarar bulunmaktadır. Kişilerin yaşam koşulları, sağlıkla ilgili bilgileri, sağlık davranışları, inançları ve alışkanlıkları, meslekleri ve gelir düzeyleri gibi pek çok faktör sağlık ve hastalık dengesini belirler (Şekil 1).



Şekil 1. *Sağlığın temel belirleyicileri.*

Nefret söylemi, kötü sağlığın bir belirleyicisi olabileceği gibi nefret söyleminin belirleyenleri de vardır. Şekil 2'de nefret söyleminin öncesi ve sonrası akışına dair bir görsel yer almaktadır.



Şekil 2. *Nefret söylemi ve sağlık açısından sonuçları.*

Nefret söyleminin belirleyenleri arasında hiyerarşik güç, ayrım, kimlik özelliklerine karşı hoşgörüsüzlük ve nefret duyguları yer alır. Söylem geliştiğinde de KÖTÜ SAĞLIK olarak da tanımlanabilecek fiziksel, sosyal, ruhsal sağlık bütünlüğü bozulur.

Nefret ve önyargı bazen bireylerin ya da grupların özelliklerine göre ortaya çıkabilmektedir (Örneğin; din, etnik köken, ten rengi, yeti yitimi, yaşlılık dönemi, vb). Nefret, söylemler ile günlük yaşamda özellikle dijital platformlarda farklı şiddet biçimlerine dönüşebilmektedir. Nefret söylemi, yabancı düşmanı fikirler ve komplo teorileri, seçim kampanyalarında kullanıldığında ya da politikacıların ve toplumsal liderlerin konuşmalarında yer aldığında bu söylemler ve fikirlerin meşrulaştığı algısı durumu daha da kötüleştirebilmektedir. Ana akım medyanın liderlerin söylemleri ile artabilen nefret söylemi, yine medyanın desteği ve liderlerin birleştirici söylemleri ile azalabilir.

Nefret söyleminin neden ve sonuç ilişkisinin daha iyi anlaşılabilmesi için COVID-19 döneminde artan ayrımcılığa ve ırkçılık, yabancı düşmanlığı ve ayrımcılığın sağlık üzerindeki etkilerine ilişkin bir örnek Tablo

1. içeriğinde sunulmuştur. İlgili içerikte nefret söylemi, ırkçılık, yabancı düşmanlığı ve ayrımcılığın sağlığa etkisinin COVID-19 döneminde yaşanan ayrımcılık ile nasıl somutlaştığını gösterirken ekolojik model kullanılarak kavramsal bir çerçeve çizilmiştir. Nefret söyleminin sonuçları açısından da belirleyenler önem taşır. Örneğin, ayrımcılık toplumun farklı katmanlarını etkiler ve sağlığın belirlenmesinde rol oynar. Benzer bir ekolojik model bu aşama için de tartışılmaktadır.

Tablo 1. *COVID-19 ve nefret söylem/ayrımcılık örneği üzerinden belirleyiciler ve artan eşitsizlikler/(sonuçlar).*

Belirleyiciler	**COVID-19 nedeniyle artan ayrımcılığın etkileri**	**Nefret söylemi- yabancı düşmanlığı ve ayrımcılığın etkileri**
Bireysel düzeyde	Mesleki maruz kalım	Kronik stres sonucu epigenetik yaşlanma, koroner kalp hastalıkları, diyabet, diğer kronik hastalıklarda artış ve erken ölüm.
Toplumsal düzeyde	Sosyal medya yolu ile sahte haber infodemisi	Ötekileştirme, toplumsal barışın bozulması [19]
Çevresel	Çok kuşaktan oluşan hanelerde aile bireylerinin mesafe kurallarına uyamaması.	Ayrımcılığa maruz kalanların hane halkı–mahalle yoksulluğu, düşük eğitim düzeyi, zayıf istihdam olanakları ve sağlıksız ortamlar
Sağlık sistemleri temelli	Dışlayıcı sistemler. Pandemi müdahalesinde eşitsizlikler. Küresel aşı eşitsizlikleri. Kültürel ayrımcılık, tıbbi popülizm	Sağlık hizmetinin, erişilebilirliği, kültürel uygunluğu açısından yetersiz olması Sağlık profesyonellerinin önyargıları ve zararlı stereotipileri
Diğer kurum-sistemler	Kültürel ırkçılık ve sağlık alanında popülizm	Düşük öğrenim düzeyi, işsizlik, yerel düzeyde eşit olmayan hizmetler
Baskı içerikli sistemler	Nekropolitika	Cinsiyete ve görünür dini kimliğe dayalı eşit olmayan muamele
Yapısal ayrımcılık	Yüksek gelirli ülkeler ile düşük gelirli ülkeler arasında aşı ayrımcılığı Sağlık hizmetini engelleyen düşmanca ortamlar Sağlık sistemine güvensizlik	Ayrımcılık ve baskı tarihine tepki olarak nesiller arası aktarılan güvensizlik Suçlayıcı anlatılar

Nefret Söyleminin Birey ve Toplum Sağlığı Açısından Başlıca Sonuçları

Bir önceki bölümde, nefret söyleminin KÖTÜ SAĞLIK nedenleri arasında olduğu ifade edilmiştir. Bu bölümde sağlığın olumsuz etkilenmesine hangi mekanizmalar üzerinden yol açtığı ve hangi somut sorunları beraberinde getirdiği tartışılmıştır.

Nefret söylemi yabancı düşmanlığı, ayrımcılık ve nefret suçları gibi pek çok olumsuz toplumsal sorunu besler. Zaten dezavantajlı olan gruplar arasında önlenebilir hastalıklara ve erken ölümlere yol açar. Irkçılık, yabancı düşmanlığı ve ayrımcılığın temelinde hiyerarşik güç ve ayrım kavramları yer almaktadır. Ayrım, insanların kendilerini doğadan, hayvanlardan ve diğer insanlardan farklı varlıklar olarak görmesi anlamına gelmektedir ve insanların kategorize edilmesine yol açar. Ötekileştirme de bu şekilde gerçekleşir. Hiyerarşik güç, toplumun

kategorilere göre tabakalaştığı, en tepedekilerin yaşamın tüm alanlarında ayrıcalık ve sermaye sahibi olduğu diğerlerinin ise dezavantajlı olduğu bir sistemdir. Hiyerarşik güç yapıları kasıtlı olarak oluşturulur ve sürdürülür. Bu gücün nasıl dağıtıldığının anlaşılması sağlık alanındaki eşitsizliklerle mücadele etmek için çok önemlidir.

Nefret söyleminin bireyin bazı rolleri ve dönemlerine göre ortaya çıkabilecek olumsuz sonuçları Tablo 2'de yer almaktadır.

Tablo 2. *Kişilerin yaşamlarındaki bazı rolleri ve dönemleri özelinde nefret söyleminin sebep olabileceği ayrımcılığın olası sonuçları.*

Dönem	Sonuçlar
Bebeklik	Bebek ölümleri-ölü doğum, düşük doğum ağırlığı-gelişme geriliği, erken doğum, konjenital anomaliler, annenin emzirme etkinliğinin azalması ile ilişkili olarak çocukluk çağı obezitesi ve DM tip1 ve 2 için daha yüksek risk, bebekte bulaşıcı hastalıklar.
Annelik rolü	Annelik bakımına erişimde engeller, anne ölümleri, istenmeyen gebelik, kürtaj, doğum öncesi ve sonrasında depresyon
Çocukluk ve ergenlik	Depresyon, düşük öz saygı, anksiyete, uyumsuz davranışlar ve intihar düşüncesi gibi psikolojik sorunlar, uyuşturucu madde bağımlılığı, risk alma davranışları, düşük akademik motivasyon, cinsel ve üreme sağlığı açısından sağlığı bozabilecek davranışlar, adolesanların BKİ değerlerinde ve bel çevresi yağlanma düzeylerinde artış
Erişkin	Anksiyete, somatoform bozukluklar, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu gibi psikolojik sorunlar, alkol kötüye kullanımı, cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili sağlık hizmetlerine erişimin azalması, daha yüksek cinsel yolla bulaşan hastalık riski, hipertansiyon, kronik ağrı, yüksek kanser riski, astım, diyabet, obezite.
Yaşlılık	Depresyon, şizofreni gibi psikolojik sorunlar, bilişsel bozukluk ve demans, Palyatif tedaviye erişimin ve sağlık hizmeti kalitesinin azalması, yaşam beklentisinin azalması.

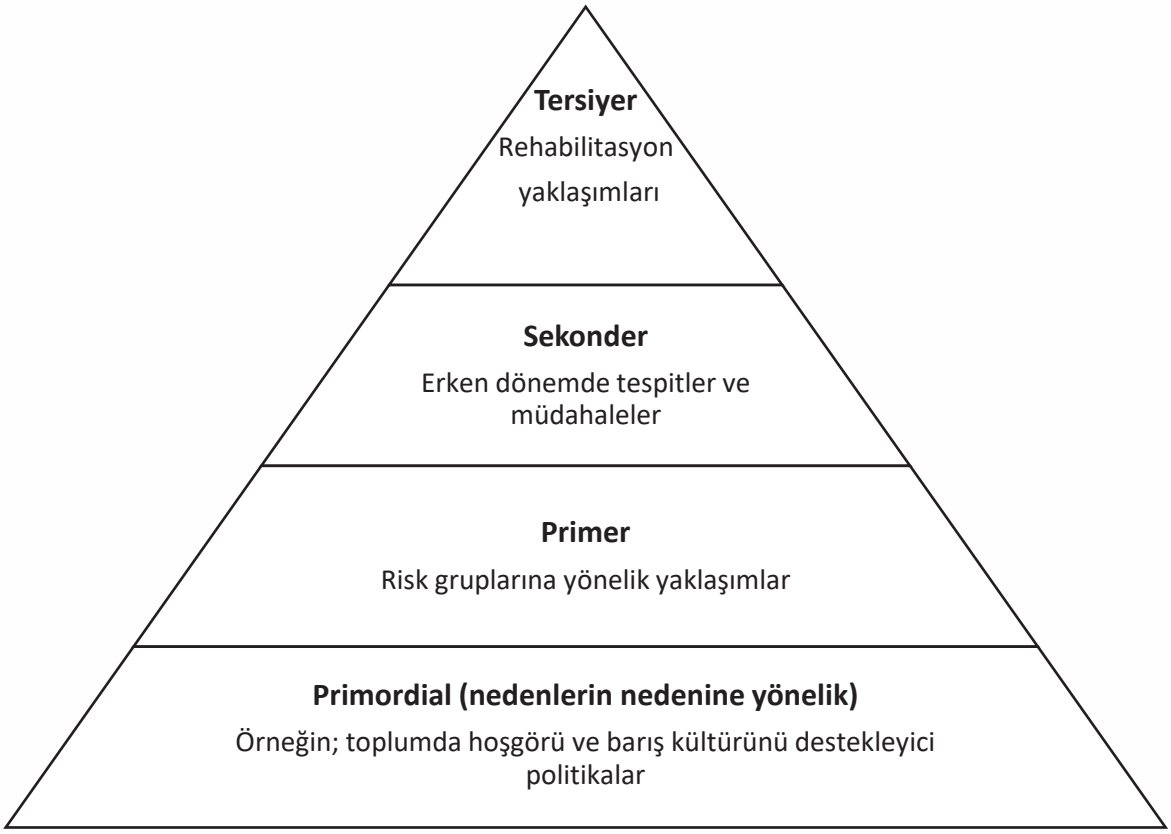
Nefret söyleminin bir diğer olası olumsuz sonucu da nefret suçudur. Gerekli önlemler alınmadığında nefret söylemi nefret suçlarına neden olabilir. Akgül tarafından nefret söyleminin önyargılar, kalıp yargılar ve nefret söylemiyle başlayan süreç fiziksel saldırı, gasp, tecavüz, cinayet, kundaklama, savaş suçları dahil çok çeşitli olumsuzluklarla sonuçlanabildiği de belirtilmektedir. Nefret suçları, mağdura ilişkin belirli bir gruba aidiyetinden kaynaklanan olumsuz bir düşünce, önyargı, düşmanlık veya özetle 'nefret' sebebi ile, bu kasıtla işlenen ve cezai uygulama gerektiren suçlardır. Bu suçlarda fail, mağduru belirli bir aidiyete, gruba, düşünceye veya inanca sahip olduğu için hedef seçmekle birlikte, esasında aynı aidiyeti taşıyan diğer kişilerin haklarına da dolaylı olarak zarar verir. Nefret suçu mağdurun yaşam hakkı, özgürlük ve güvenlik hakkı üzerinde doğrudan etkiye neden olduğundan insan hak ihlalleri ve sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilişkilidir.

Birlemiş Milletler tarafından yapılan bildirimlere göre; nefret söyleminin en belirgin sonuçlarından birisi mağdurlarını sessizleştirmesidir. Nefret söylemini gerçekleştirirken telaffuz edilen kelimeler, belirli gruplar hakkında çeşitli klişeler yaratarak onların ötekileşmesine sebep olabilir ve bu söylemin devam ettirilerek yeniden üretilmesi halinde bu gruplar üzerindeki baskı artar. Tüm bu faktörler hedefteki grupları daha pasif bir konumda olmaya yöneltir, demokratik bir sisteme eşit bir şekilde katılma cesaretini ya da motivasyonunu kırabilir. Bazı belgelerde nefret söylemi ve nefret suçlarının genellikle incinebilir grupları hedef alarak ayrımcılığı ve ötekileştirmeyi artırarak toplumsal uzlaşmanın, barışın ve demokratik toplum düzeninin gereklerinden biri olan eşitlik ilkesini tehdit edebileceğine de işaret edilmektedir. Böylesi durumlarda kişinin temel haklarından dolayı mağdur olacağı belirtilmektedir. [24,25] Birleşmiş Milletler'e göre; nefret, ayrımcılık, ırkçılık ve eşitsizlikle mücadelenin temel ilkeleri arasında nefret söylemiyle mücadele yer almaktadır.

Nefret söylemi ve boyutları ile ilgili farklı disiplinler tarafından yapılan çalışma sonuçları sorunun boyutlarının ortaya konulması, çözümlerin akılcı yöntemlerle sunulabilmesi açısından önemlidir. Bilimsel çalışmalar nefret söyleminin çok çeşitli dönemlerde farklı gruplara karşı yapıldığını da ortaya koymaktadır. Örneğin; COVID-19 döneminde yaşlı erişkinlere yönelik yapılan söylemler,[11] mültecilere yönelik ayrımcı yaklaşım ve söylemler, [27] özel gruplara yönelik söylemlerin varlığını ortaya koyan çok sayıda araştırma ve görüş yazısı bulunmaktadır. [13, 28, 29, 30, 31, 32, 33]

Nefret Söylemi ile Mücadele İçin Çözüm Önerileri

Nefret söyleminin ve yarattığı olumsuzlukları çözümü için halk sağlığı bakış açısına ihtiyaç vardır. Halk sağlığı bakış açısıyla; primordial, primer, sekonder ve tersiyer korunma yaklaşımları temelinde bir bütünlük sağlanmalıdır. Bu kapsamda öneriler Şekil 3'te sunulmuştur.



Şekil 3. *Nefret söylemi ile mücadelede halk sağlığı korunma düzeyleri*

Şekil 3'te görülen yaklaşımlar için BM başta olmak üzere çeşitli eylem planlarında ve metinlerde öneriler sunulmaktadır. Bu öneriler Tablo 3. içeriğinde yer almaktadır.

Tablo 3. *Nefret söyleminin önlenmesi için öneriler* [9, 25.]

Eylem	Öneriler
Toplumda hoşgörü ve barış kültürünü desteklemek	✓ Daha barışçıl ve kapsayıcı toplumların temeli olarak insan haklarına olan takdirin güçlendirilmesi ✓ Nefret söyleminin temel nedenlerini ve itici güçlerini ele almak için barışçıl, kapsayıcı ve adil toplumları teşvik etmek
Toplumda önyargı ve düşmanlığı engellemek[10*]	✓ İlgili aktörlerin bir araya getirilmesi ✓ İletişim için rehber geliştirmek ✓ Ortaklıklardan yararlanmak
Nefret söylemini erken dönemde tanımak ve yayılımını engellemek[10*]	✓ Dezenformasyonu, infodemiyi önlemek[1*] ✓ Nefret söylemini ele almak ve nefret söylemiyle mücadele etmek için eğitimi bir araç olarak kullanmak ✓ Yeni ve geleneksel medyayla etkileşim ✓ Teknolojiyi kullanma
Nefret söyleminin yol açtığı olumsuz sağlık sonuçlarını önlemek [10*]	✓ Savunuculuk yapmak

Birleşmiş Milletler 'in bahsi geçen eylem planının ayrıntılarını bilmek çalışmaların derinliği açısından önemlidir. Bu konuda aşağıda yer alan temel ilkeler çalışmalar sürdürülürken dikkate alınmalıdır:

- Strateji ve uygulamaların düşünce ve ifade özgürlüğü hakkı ile uyumlu olmalıdır. BM nefret söylemine karşı temel araç olarak "daha fazla" konuşmayı desteklemektedir.
- Nefret söylemi ile mücadele etmek tüm kadın ve erkek bireyler başta olmak üzere hükümetlerin, toplumların ve özel sektörün sorumluluğundadır. Herkes sorumludur, herkes harekete geçmelidir.
- BM nefret söylemini tanıma, reddetme ve bunlara karşı çıkma özgüvenine sahip dijital dünyada aktif olan vatandaşları desteklemelidir.
- Planlanan eylemlerin etkili olabilmesi için daha fazla bilgiye ihtiyaç vardır. Nefret söylemine yol açan temel nedenleri, itici güçleri ve koşulları anlayabilmek için veri toplanmalı ve araştırmalar yapılmalıdır.

Birleşmiş Milletler, nefret söylemine eğitim yoluyla çözüm üretmek için de öneriler geliştirmiştir:[10]

- Nefret söylemi konusuna öncelik vererek bu konuda yapılacak somut uygulamalara bütçe ayırmak
- Konuya bütünsel yaklaşarak eğitim sektöründe de nefret söylemi ile mücadele girişimlerinde bulunmak
- Nefret söylemini ele alırken geliştirilen stratejilerin aynı zamanda ifade özgürlüğünü de desteklenmesini sağlamak.
- Bireyleri desteklemek için açık yönergeler ve mekanizmalar oluşturmak ve açık raporlanmasını sağlayacak mekanizmalar oluşturmak.
- Medya ve bilgi okuryazarlığı ve dijital vatandaşlık konularında müfredatlar oluşturulması ve sürekli güncellenmesi.
- Nefret söylemine karşı koymak ve kapsayıcılık ve çeşitliliği teşvik etmek için gerekli toplumsal davranış değişikliğini teşvik etmek amacıyla eleştirel düşünme, sosyal ve duygusal öğrenme, kültürlerarası diyalog ve küresel vatandaşlık becerilerini güçlendirmek için müfredatta eğitim faaliyetleri planlamak

- Eleştirel düşünmeye ve kültürlerarası diyaloğa olanak sağlayan ve kapsayıcı bir ortama katkıda bulunabilecek ders dışı etkinliklerin teşvik edilmesi.
- Okulların sınıflardaki öğrenme ortamının güvenli, saygılı ve kapsayıcı olmasını sağlanması, çeşitlilik ve kapsayıcılık modelleri haline gelmeleri ve nefret söylemini ele alınma için tüm okulu kapsayan bir yaklaşım geliştirilmesinin kolaylaştıracak ve etkinleştirecek mekanizmalar geliştirilmesi ve uygulanması.
- Eğitimcilere ve okul liderlerine, günlük faaliyetlerinde ve öğrencilerle etkileşimlerinde nefret söylemiyle mücadele için yeni eğitim yaklaşımları kazandırmak amacıyla hizmet içi eğitim sağlanması.
- Aile ve toplum desteği ve çok paydaşlı ortaklığı da içeren bütünleşik bir çaba yoluyla eğitim sistemlerinin daha dayanıklı olmasının sağlanması.
- Nefret söylemini ele almaya yönelik müdahalelerin etkinliğini değerlendirmek için kriterler oluşturulması

Birleşmiş Milletler tarafından, yoksulluğa son vermek, gezegeni korumak ve 2030 yılına kadar tüm insanların barış ve refah içinde yaşamasını sağlamak amacıyla, Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları 2015 yılında evrensel bir eylem çağrısı olarak kabul edilmiştir. Bu amaçlar arasında yer alan ülke içi ve ülkeler arası eşitsizliklerin azaltılması, barışçıl ve kapsayıcı toplumların desteklenmesi, herkes için adalete erişimin sağlanması ve etkili, hesap verebilir ve kapsayıcı kurumların inşası hedeflerine ulaşabilmek için nefret söylemiyle mücadele edilmesi büyük önem taşımaktadır.[35, 36] Nefret söylemi ile mücadele için küresel düzeyde farkındalığın artırılması gerekmektedir. Bu mücadeleyi kolaylaştırmak için BM tarafından 18 Haziran "Nefret Söylemiyle Mücadele Uluslararası Günü" olarak ilan edilmiştir. Birleşmiş Milletler tarafından 2025 yılında çeşitli projeler vasıtası ile diyaloğu ve etkileşimi teşvik ederek ve iş birliğine dayalı, insan hakları temelli bir yaklaşım ile nefret söylemine karşı toplumsal direnç oluşturulmaya çalışılmaktadır.[38]

Sonuç olarak; nefret söylemi ile mücadele dirençliliğin geliştiği sağlıklı toplumların inşası için önemli bir gerekliliktir. Hoşgörüsüzlük ve nefret gibi olumsuz duygular ile ortaya çıkan nefret söylemi toplumsal barışı bozarak eşitsizlikleri arttırmakta, nefret suçları ve ayrımcılığa sebep olmaktadır. Ayrımcılık bireyleri ve toplumu etkileyen yapay-olumsuz sağlık sonuçlarına neden olur. Bununla birlikte sağlıkta eşitsizliklere neden olan ayrımcılık, nefret söylemleri ve yabancı düşmanlığı önlenebilir risk faktörleridir. Ayrımcılığı, nefreti ve nefret söylemlerini mümkün kılan koşulları engellemek için eşitlikçi, hakkaniyet temelli, hoşgörüye ve insan haklarına dayanan, dünya üzerindeki tüm yaşam için birlikte varoluşu mümkün kılan, sürdürülebilir bir toplum düzeni sağlanmalıdır.[17]

Kaynaklar

1. *Aslan D, Aralık 2022, Halk Sağlığı Bakış Açısıyla İnfodemi Yönetimi, Hipokrat Yayıncılık, Ankara s 38*
2. *UN, What is hate speech? [İnternet] https://www.un.org/en/hate-speech/understanding-hate-speech/what-is-hatespeech#:~:text=In%20common%20language%2C%20%E2%80%9Chate%20speech,that%20may%20threaten%20social%20peace. Erişim tarihi: 24.10.2025.*
3. *Akkılıç, S. (2018). Bir ötekileştirme mecrası olarak sosyal medya: Ekşi Sözlük ve Ermeniler.*
4. *What you need to know about hate speech [İnternet] https://www.unesco.org/en/countering-hate-speech/need-know#:~:text=The%20UN%20Strategy%20and%20Plan,words%2C%20based%20on%20their%20religion%2C Erişim tarihi: 24.10.2025. 5. Weber, A. (2009). Manual on hate speech. Council of Europe. [İnternet] https://www.tandis.odihr.pl/bitstream/20.500.12389/20608/1/05895.pdf Erişim tarihi: 24.10.2025.*
6. *Türk Ceza Kanunu Madde 122. [İnternet] https://www5.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html Erişim tarihi: 24.10.2025.*
7. *Vidgen, B., Margetts, H., & Harris, A. (2019). How much online abuse is there: A systematic review of evidence for the UK-Policy Briefing—Full Report (Hate Speech: Measures and Counter Measures). Alan Turing Institute.*
8. *How often did you happen to see hate speeches or offensive posts in last twelve months? [İnternet] https://www.statista.com/statistics/805484/teenagers-frequency-in-experiencing-hate-speeches-online-in-italy/ Erişim tarihi: 24.10.2025.*
9. *Solovev K, Pröllochs N. Moralized language predicts hate speech on social media. PNAS Nexus. 2022 Dec 7;2(1): pgac281. doi: 10.1093/pnasnexus/pgac281. Erratum in: PNAS Nexus. 2023 Jan 27;2(1): pgad016. Erişim tarihi: 24.10.2025.*
10. *Addressing hate speech through education s.19, s.27[İnternet] https://www.un.org/en/genocideprevention/documents/publications-and-resources/Addressing_hate_speech_through_education_A_guide_for_policy_makers.pdf Erişim tarihi: 24.10.2025*

11. *Akgül, M. (2020). Çevrimiçi ortamlarda nefret söylemi: Ekşi Sözlük'te 65 yaş üstü sokağa çıkma yasağı tartışmaları. İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi, 2020(51), 57-78.*
12. *Moon R. (2008). Report to the Canadian Human Rights Commission concerning Section 13 of the Canadian Human Rights Act and the regulation of hate speech on the Internet. Report to the Canadian Human Rights Commission. s 8,9*
13. *Alp, H. (2016). Çingenelere yönelik nefret söyleminin Ekşi Sözlük'te yeniden üretilmesi. Ankara Üniversitesi İLEF Dergisi, 3(2), 143-172.*
14. *Council Of Europe Study on preventing and combating hate speech in times of crisis [İnternet] https://rm.coe.int/-study-on-preventing-and-combating-hate-speech-in-times-of-crisis/1680ad393b Erişim tarihi: 24.10.2025*
15. *Vergani, M., Martinez Arranz, A., Scrivens, R., & Orellana, L. (2022). Hate speech in a telegram conspiracy channel during the first year of the COVID-19 pandemic. Social Media+ Society, 8(4), 20563051221138758*
16. *Özcebe, L. H., Üner, S., & Yardım, N. Sağlıklı Kent Bileşenleri ve Halk Sağlığı. YENİ GELECEKTE KENTLER VE BÖLGELER: DEĞİŞEN DİNAMİKLER, YENİ SORUNLAR, DEĞİŞİM VE DÖNÜŞÜMÜN SUNDUĞU FIRSATLAR, 347.*
17. *Selvarajah, S., Maioli, S. C., Abi Deivanayagam, T., de Morais Sato, P., Devakumar, D., Kim, S. S., ... & Paradies, Y. (2022). Racism, xenophobia, and discrimination: mapping pathways to health outcomes. The Lancet, 400(10368), 2109-2124.*
18. *What is hate speech? UN [İnternet] https://www.un.org/en/hate-speech/understanding-hate-speech/what-is-hate-speech Erişim tarihi: 24.10.2025*
19. *Devakumar, D., Selvarajah, S., Abubakar, I., Kim, S. S., McKee, M., Sabharwal, N. S., ... & Achiume, E. T. (2022). Racism, xenophobia, discrimination, and the determination of health. The Lancet, 400(10368), 2097-2108*
20. *Demirbaş, T. (2017). NEFRET SÖYLEMİ VE NEFRET SUÇLARI. Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 19(3), 2693-2701.*
21. *ÖNER, M. Z. İNGİLTERE HUKUKUNDA NEFRET SUÇLARI. Tek Kartla, Çok Hizmet! 85. [İnternet] http://tbbdergisi.barobirlik.org.tr/m2015-116-1442 Erişim tarihi: 03.2.2024*
22. *Hate speech is Rising Around the World [İnternet] https://www.un.org/en/hate-speech Erişim tarihi: Erişim tarihi: 24.10.2025*
23. *Birleşmiş Milletler Türkiye [İnternet] https://turkiye.un.org/tr/237048-guterres-zehirli-ve-y%C4%B1k%C4%B1c%C4%B1-nefret-s%C3%B6ylemiyle-m%C3%BCcadele-i%C3%A7in-birlikte %C3%A7al%C4%B1%C5%9Fmal%C4%B1y%C4%B1z Erişim tarihi: 24.10.2025*
24. *Erdoğan, D. (2018). Yerel medyada nefret söylemi: Suriyeli sığınmacıların Kilis yerel basınında temsili.*
25. *T.C. Adalet Bakanlığı, 2015 [İnternet] https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/FS_Hate_speech_TUR Erişim tarihi: 24.10.2025*
26. *United nations strategy and plan of action on hate speech [İnternet] https://www.un.org/en/genocideprevention/documents/advising-and-mobilizing/Action_plan_on_hate_speech_EN.pdf Erişim tarihi: 24.10.2025*
27. *Taşdelen, B. (2020). Twitter'da Suriyeli mültecilere karşı çevrimiçi nefret söylemi:# Suriyelileriistemiyoruz. Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 11(2), 562-575.*
28. *Fazla, S., İlke, O. R. U. Ç., & Gezgin, D. M. (2021). Çalışma Hayatında Ötekileştirilmeye İlişkin Roman Kadınların Görüşleri: Nitel Bir Çalışma. Trakya Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi, 11(21), 1-20.*
29. *Dondurucu, Z. B., & Uluçay, A. P. (2015). Yeni medya ortamlarında nefret söylemi: Eşcinsellere yönelik nefret söylemi içeren videoların Youtube üzerinden incelenmesi. International Journal of Social Sciences and Education Research, 1(3), 875-902.*
30. *Ştefăniță, O., & Buf, D. M. (2021). Hate speech in social media and its effects on the LGBT community: A review of the current research. Romanian Journal of Communication and Public Relations, 23(1), 47-55*
31. *AVRUPA İNSAN HAKLARI MAHKEMESİ Tematik Bilgi Notu – Nefret Söylemi [İnternet] https://inhak.adalet.gov.tr/Resimler/Dokuman/10122019130702nefret.pdf Erişim tarihi: 24.10.2025*
32. *Öztekin, H. (2015). YENİ MEDYADA NEFRET SÖYLEMİ: EKŞİ SÖZLÜK ÖRNEĞİ. Journal of InternationalSocialResearch, 8(38)*
33. *ÇOMU, T. Y., & BİNARK, M. T. D. (2012). Video paylaşım ağlarında nefret söylemi: Youtube örneği (Doctoral dissertation, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kadın Çalışmaları Anabilim Dalı). YüksekLisansTezi*
34. *United nations strategy and plan of action on hate speech [İnternet] https://www.un.org/en/genocideprevention/documents/advising-and mobilizing/Action_plan_on_hate_speech_EN.pdf Erişim tarihi: 24.10.2025*
35. *Un Küresel Amaçlar Barış ve Adalet [İnternet] https://www.kureselamaclar.org/wp-content/uploads/16_Baris_Adalet_ve_Guclu_Kurumlar.pdf Erişim tarihi: 24.10.2025*
36. *Un Küresel Amaçlar Eşitsizliklerin Azaltılması https://www.kureselamaclar.org/wp-content/uploads/10_Esitsizliklerin_Azaltilmasi.pdf Erişim tarihi: 24.10.2025*
37. *UN [İnternet] https://www.un.org/en/observances/countering-hate-speech Erişim tarihi: 24.10.2025*
38. *UNESCO Building Resilience against Hate Speech: Social Media 4 Peace Marks Global Observance with Action [İnternet] https://www.unesco.org/en/articles/building-resilience-against-hate-speech-social-media-4-peace-marks-global-observance-action Erişim tarihi: 24.10.2025*

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S195]
BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KADINA YÖNELİK ŞİDDET BELİRTİLERİNİ TANIMA DURUMLARI VE ETKİLEYEN ETMENLER

Elvan Tibet[1], Türkan Günay[2]
[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Kadına yönelik şiddet (KYŞ), sık görülen ve ölümle sonuçlanabilecek kadar ciddi sonuçları olan bir halk sağlığı sorunudur. Bu çalışma, birinci basamak sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma durumunu ve etkileyen etmenleri belirlemeyi amaçlamıştır.

Gereç-Yöntem

Araştırma kesitsel tiptedir. Araştırmanın evrenini İstanbul İli Tuzla İlçesinde birinci basamak kamu sağlık kurumlarındaki toplam 201 sağlık çalışanı (88 hekim 113 hekim dışı personel) oluşturmaktadır. Evrenin tümüne ulaşmak hedeflenmiş, 126 sağlık çalışanına ulaşılmıştır. Ulaşma oranı %62,2'dir. Bağımlı değişken kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma durumudur. Aycan Karadağlı ve Leyla Baysan Arabacı'nın 2006 yılında geliştirdiği "Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına Yönelik Ölçek" ile belirlenmiştir. Ölçek toplam 31 sorudan oluşmaktadır. Puanın yüksekliği belirtileri tanıdığını göstermektedir. Ölçeğin bir kesim noktası olmadığı için analizde ölçekten alınan puanların ortalamaları kullanılmıştır. Bağımsız değişkenler cinsiyet, yaş, en uzun süreli yaşanılan yer, medeni durum, meslek, meslekte ve kurumda geçirilen süre, ekonomik durum algısı, KYŞ olgusuyla karşılaşma durumu, karşılaşılan şiddetin tipi, KYŞ konusunda mezuniyet öncesi/sonrası eğitim alma ve KYŞ bilgi düzeyidir. Bilgi düzeyi 11 sorudan oluşan 49 puanlık soru formu ile ölçülmüş, ortalamaya göre 39 puan ve üzerinde olanlar bilgi düzeyi yeterli olarak belirlenmiştir.

Tanımlayıcı değişkenler: Çalışılan kurumda kadına yönelik şiddet ile ilgili izlemesi gerekenlere yönelik kuralların belirlenmiş olma durumu, kadına yönelik şiddet olgusu veya şüphesi ile karşılaştığınızda hangi aşamalarda yetersiz kalınabileceğidir. Veri kişilere dağıtılan anket yanıtlarının kapalı zarfa konulup kapalı kutuya atılması şeklinde toplanmıştır. Verilerin analizi SPSS 24.0 istatistik programında yapılmıştır. Analizlerde verinin özelliğine göre ki kare analizi, bağımsız gruplarda t testi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık için sınır değer $p<0.05$ kabul edilmiştir. Etik kurul onayı Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 10.05.2023 tarih ve 2023/15-17 karar numarası ile alınmıştır.

Bulgular

Katılımcıların %82,5'i kadın, %42,1'i 30-39 yaş grubunda, %46'sı büyükşehirde yaşamakta, %41,1'i hekim, %80'i evlidir. Ortalama yaşı 38,0±8,9 (min-maks:24-62)'dır. Meslekte çalışma süresi ortancası hekimlerde 12, hemşirelerde 11,5, ebelerde 15, diğer sağlık çalışanlarında 8,5'tir. %77,6'sı mezuniyet öncesi eğitimde, %62,1'i mezuniyet sonrası eğitimde KYŞ konusunda bir eğitim almadığını belirtmiştir. %70,4'ü kadına yönelik şiddet ile karşılaşmıştır. En fazla karşılaşılan şiddet türleri psikolojik ve fiziksel şiddettir. %42,4'ü çalıştıkları kurumda kadına yönelik şiddet ile karşılaşıldığında izlenmesi gerekenlere yönelik kurallar olduğunu belirtmiştir. Bilgi düzeyi puanlarının ortalamasına göre yapılan gruplamada 38 puan ve altında alan 58 kişi (%46,8) bilgi düzeyi yetersiz; 39 puan ve üzerinde alan 66 kişi (%53,2) bilgi düzeyi yeterli olarak saptanmıştır. Ölçek içindeki sorulardan en az doğru yanıtlanan (%20)"sık sık evlerini terk ettiği belirlenen kadınların istismar edildiği düşünülür" önermesidir. Katılımcıların puan ortalamaları KYŞ belirtilerini tanıma 20,0±3,0, fiziksel belirtileri tanıma 8,4±1,6, duygusal belirtileri tanıma 11,5±2,4'dir.

KYŞ belirtilerini tanımayı; il ve metropolde yaşamak, hekim grubunda olmak, bilgi düzeyi yeterli olmak anlamlı olarak artırmaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Sağlık çalışanlarının KYŞ belirtilerini tanıması koruyucu mekanizmaların çalışabilmesi için çok önemlidir. Mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlere KYŞ tanımada sağlık çalışanlarının rolü ve sorumluluklarına yönelik eğitimler eklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak sağlık personeli, kadına yönelik şiddet, bilgi düzeyi, kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S196]
BİR TIP FAKÜLTESİNDEKİ İNTERN DOKTORLARIN DEPRESYON, ANKSİYETE VE STRES DURUMLARI: LONGİTUDİNAL BİR ÇALIŞMA

***Burcu Ecem Uğuz*[1], *Altuğ Civan*[2], *Gülçin Yapıcı*[2]**
[1]*Şırnak İdil İlçe Sağlık Müdürlüğü*
[2]*Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

Giriş-Amaç

Depresyon ve anksiyete, dünya genelinde yaygın olarak görülen ruh sağlığı sorunları arasında yer almaktadır. Üniversite öğrencileri ise aileden uzak yaşam, akademik baskılar ve sosyal uyum süreçleri gibi nedenlerle psikolojik açıdan daha kırılgan bir grubu oluşturmaktadır. Özellikle tıp fakültesi öğrencileri yoğun bir eğitim sürecine maruz kaldıklarından, depresyon, anksiyete ve stres gibi sorunlarla karşılaşma olasılıkları daha yüksektir. Bu çalışma, tıp fakültesinde öğrenim gören intern doktorların depresyon, anksiyete ve stres düzeylerindeki değişimi zaman içerisinde incelemeyi amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem

Bu longitudinal çalışma, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitim gören 6. sınıf intern doktorlar arasında yürütüldü. Çalışmanın evrenini 01.07.2024 tarihi itibariyle 6. sınıfa geçmiş olan 172 öğrenci oluşturmakta olup evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi. Başlangıçta 156, 6. ayda 116 ve 12. ayda 113 intern çalışmaya katıldı. Üç zaman noktasında da anketi dolduran 104 katılımcı analize dahil edildi. Veriler internliğin başlangıcında, 6. ayında ve sonunda çevrim içi anket yoluyla toplandı. Anket, sosyodemografik özellikler ile depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini ölçen DASÖ-21 ölçeğini içermektedir. DASÖ-21, 21 maddeden oluşan ve her bir boyut için 7 madde içeren bir ölçektir. Ölçek maddeleri 0-3 arasında puanlanmaktadır. Çalışmanın yapılabilmesi için Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı. Çalışmanın herhangi bir aşamasında finansal destek alınmadı. İstatistik analizlerde; sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler, ortanca (%25-%75 persentil); kategorik değişkenler için sayı ve yüzde dağılımları hesaplandı. DASÖ-21 alt boyut puanlarının normal dağılmaması nedeniyle nonparametrik testler kullanıldı. Ölçeklerin üç zamandaki değişimi Friedman testi ile, kategorik verilerin değişimi ise Cochran testi ile değerlendirildi. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

Bulgular

Katılımcıların yaş ortalamaları 23.7± 1.1 (22-28) olup 61'i (%58.7) kadın ve 46'sı (%44.2) tek başına evde yaşıyordu. Katılımcıların başlangıçta 81'i (%77.8), 6.ayda 99'u (%95.2), 12. ayda ise 100'ü (%96.2) nöbetleri sırasında sağlıklı beslenme ile ilgili sorun yaşadığını belirtti ve aralarındaki fark anlamlı saptandı($p<0.001$). Öğrencilerin başlangıçta 79'u (%76.0), 6. ve 12. ayda ise 103'ü (%99.0) nöbetlerde dinlenme-uyku için ayrılan sürelerde sorun yaşadığını belirtti ve fark anlamlı saptandı ($p<0.001$). İnternlik başlangıcında öğrencilerin 49'u (% 47.1), 6. ayında 78'i (%75.0) ve 12. ayında 84'ü (%80.8) son sınıf dönemleri boyunca zorbalık ya da şiddet türlerinden biri ile karşılaştıklarını belirtti ve zaman içerisindeki artış anlamlı saptandı($p<0.001$). Öğrencilerin DASÖ-21 depresyon, anksiyete ve stres alt boyutu puanlarının internlik sürecinde anlamlı düzeyde değişiklik gösterdiği belirlendi. Depresyon puanı başlangıçta 13 (6-20), 6. ayda 18 (10-28) ve 12. ayda 17 (10-28) olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı($p<0.001$). Bu farkın internlik başlangıcı ile 6. aydaki depresyon puanları ($p=0.006$) ve başlangıç ile 12. aydaki depresyon puanlarından ($p=0.002$) kaynaklandığı görüldü. Öğrencilerin anksiyete puanı başlangıçta 10 (4-16), 6. ayda 10 (4-16) ve 12. ayda 14 (6-19.5) olup, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0.001$). 12. ay ile 6. ay ve başlangıç arasındaki anksiyete puanları arasında anlamlı bir fark olduğu görüldü ($p=0.028$, $p=0.028$). İnternlerin başlangıçta stres puanı 14 (10-22), 6. ayda 19 (12-28) ve 12. ayda 18 (12-27.5) olarak saptandı. Öğrencilerin başlangıçta daha düşük olan stres durumlarının son yıllarının 6. ayında anlamlı düzeyde arttığı görüldü ($p=0.001$).

Sonuç ve Öneriler

Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin bir yıl süresince takiplerinde nöbetlerinde sağlıklı beslenme, uyku, dinlenme ile ilgili yaşadıkları sorunların artış gösterdiği ve zorbalık, şiddet türlerine maruz kalma durumlarının arttığı gözlemlendi. Öğrencilerin depresyon, anksiyete ve stres seviyelerinde başlangıca göre 6. ayda ya da 12. ayda artış saptandı. Öğrencilerin koşullarında düzenlemeler yapmak, bu dönemde öğrencilere stres yönetimi ve psikososyal destek programlarının sağlanmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: İntern, DASÖ-21, depresyon, stres, anksiyete

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S197]
RUH SAĞLIĞI MESLEK MENSUPLARININ İNTİHAR DAVRANIŞINA YÖNELİK BİLGİ VE TUTUMLARININ İNCELENMESİ İLE BİLGİ VE TUTUMLARININ GELİŞTİRİLMESİNE YÖNELİK BİR MÜDAHALE ÇALIŞMASI

Abdullah Emre Güner[1], Mehmet Burhan Küçükoğlu[1], Pelin Şavlı Emiroğlu[1], Sümeyye Nur Aydın[1], Özge Karadağ[6], Fahriye Oflaz[7], Irmak Polat[2], Sümeyye Yasemin Çallı[3], Ebru Parlak[4], Hüseyin Şehit Burhan[5], Onat Yılmaz[6], Ali Keyvan[8], Selma Karabey[2]

[1]İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı
[2]İstanbul Üniversitesi, Çapa Tıp Fakültesi
[3]Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[4]Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[5]Başakşehir Çam Ve Sakura Şehir Hastanesi
[6]Bahçeşehir Üniversitesi, Tıp Fakültesi
[7]Koç Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi
[8]İstanbul Aydın Üniversitesi, Tıp Fakültesi

Giriş ve Amaç

İntihar, kişinin kendi yaşamına kasıtlı olarak son vermesi olup önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Dünya genelinde her yıl yaklaşık 720.000'den fazla kişinin yaşamını yitirmesine neden olan intihar, karmaşık, çok boyutlu ve önlenebilir bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü, intihar davranışının yalnızca bireysel ve psikiyatrik etkenlerle sınırlı olmadığını; biyolojik, psikolojik, sosyal ve çevresel faktörlerin etkileşimiyle ortaya çıktığını vurgulamaktadır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde gençler ve çalışma çağındaki yetişkinler arasında artan intihar girişimleri, konuya yönelik bilimsel araştırmaların ve koruyucu müdahalelerin önemini daha da artırmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, 2024 yılında ülkemizde 4.460 intihar vakası kaydedilmiş, kaba intihar hızı bir önceki yıla göre artarak yüz binde 5,2 olarak bildirilmiştir. Araştırmalar, intihar düşüncelerinin ve girişimlerinin çoğunlukla ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde başladığını ortaya koymaktadır ve intihar ölümlerindeki en keskin artış bu yaş grubunda meydana gelmektedir.

Ruh sağlığı hizmetlerinde görev alan meslek mensupları intihar riski taşıyan bireylerle ilk teması sağlayan ve değerlendirme, kriz yönetimi, güvenlik planlaması ve bakım sürekliliğinde kritik rol oynayan kişilerdir. Bu nedenle, bu meslek mensuplarının intihar davranışına yönelik bilgi düzeyleri, risk belirti ve işaretlerini tanıma becerileri, tutumları ve yardım etme öz-yeterlikleri, erken tanı ve etkili müdahale süreçlerinin temel belirleyicilerindendir. Araştırmalar, ruh sağlığı çalışanlarının intiharı değerlendirme ve yönetme konusunda zaman zaman bilgi eksikliği, olumsuz tutumlar, damgalayıcı inançlar veya müdahale konusundaki çekinceler yaşayabildiğini göstermektedir. Bu durum, risk altındaki bireylerin doğru yönlendirilmesini ve etkili destek almasını engelleyebilir. Mevcut programlar intiharın erken tanınması ve hizmet sunucularının kapasite güçlendirilmesini öncelikli alanlar arasında göstermektedir.

Bu bağlamda, ruh sağlığı profesyonellerinin intihar davranışına ilişkin mevcut bilgi ve tutumlarının belirlenmesi, eğitim gereksinimlerinin ortaya konması ve geliştirici müdahalelerin tasarlanması hem sunulan hizmet kalitesinin artırılması hem de intiharın önlenmesine yönelik ulusal stratejilerin desteklenmesi açısından kritik öneme sahiptir. Sahaya yönelik hazırlanan bu eğitim çalışması ile intiharı önleme çabaları açısından etkili, verimli bir kapasite güçlendirme programı yürütülmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Ülkemizde ve ilimizde genç yaşlarda görülen intihar vakalarını önlemek amacıyla İl Sağlık Müdürlüğümüzce ilimizde genç yaş grubundaki bireylere yönelik intiharı önleme ve müdahale çalışmalarına öncelik verilmiştir. 25.02.2025 tarihinde gerçekleştirilen "İntiharı Önleme İl Kurulu'nda alınan kararlar neticesinde eğitim ve bilimsel faaliyetleri planlamak amacıyla akademi ve kamu hastanelerinde görev yapan uzmanların katılımı ile

"İstanbul İntiharı Önleme İl Teknik Kurulu" oluşturulmuştur. Teknik kurulca yapılan toplantılar ve çalışmalar sonucunda üniversite öğrencilerinin ruh sağlığını güçlendirmek amacıyla öğrencilerle yakın temasta bulunan İl Sağlık Müdürlüğü, Gençlik ve Spor İl Müdürlüğü, Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü ile Devlet Üniversitelerinde görev yapan psikolog ve sosyal çalışmacı personellerin mesleki kapasitesinin artırılmasına yönelik iki günlük teorik ve pratik eğitim programı oluşturulmuştur.

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı koordinasyonunda, 19.08.2025 tarihli Valilik Onayıyla "İntiharı Tanıma, Konuşabilme, Müdahale ve Terapötik Yaklaşım Eğitimleri" 04.09.2025-03.10.2025 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Eğitimler 5 hafta süreyle ikişer günlük olarak planlanmış ve toplamda 8 modülden oluşmuştur. Eğitim programı kurumlar arası iş birliği ve koordinasyonu güçlendirmek amacıyla, İstanbul genelinde yakın ilçelerin birlikte katılımını sağlamak üzere 5 bölgede gruplandırılarak planlanmıştır. İstanbul'da Kamu Hastaneleri ve akademide görev yapan uzmanlar, eğitim programının oluşturulmasında, eğitim içeriklerinin oluşturulmasında ve eğitimlerin verilmesinde görev almıştır. Eğitim programına İl Sağlık Müdürlüğü, Gençlik ve Spor İl Müdürlüğü ve Kamu Üniversitelerinde görev yapan meslek elemanlarının tamamının, Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğünde görevli ve genç yaş grup ile çalışan meslek elemanlarının katılımının sağlanması hedeflenmiştir.

Bulgular

Eğitim programına İstanbul İlçe Sağlık Müdürlüklerinde, Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğünde, Gençlik ve Spor İl Müdürlüğünde ve 9 adet Devlet Üniversitesi bünyesinde görev yapan meslek elemanları (psikolog, sosyal çalışmacı, psikolojik danışman) katılım sağlamıştır. Eğitimin ilk haftasında Fatih, Beyoğlu, Beşiktaş, Sarıyer, Şişli, Kağıthane, Eyüpsultan, Zeytinburnu ilçelerinde görev yapan 43 kişiye; eğitimin ikinci haftasında Bayrampaşa, Gaziosmanpaşa, Güngören, Bakırköy, Bahçelievler, Bağcılar, Esenler ve Sultangazi ilçelerinde görev yapan 37 kişiye; eğitimin üçüncü haftasında Avcılar, Başakşehir, Esenyurt, Küçükçekmece, Beylikdüzü, Büyükçekmece, Arnavutköy, Çatalca ve Silivri ilçelerinde görev yapan 49 kişiye, eğitimin dördüncü haftasında Üsküdar, Ataşehir, Ümraniye , Kadıköy, Maltepe ve Kartal ilçelerinde görev yapan 42 kişiye, eğitimin beşinci haftasında Tuzla, Sancaktepe, Sultanbeyli, Çekmeköy, Şile, Beykoz ve Pendik ilçelerinde görev yapan 47 kişiye olmak üzere toplam 212 meslek elemanına ulaşılmıştır. Eğitim kapsamında İl Sağlık Müdürlüğü'nde görev yapan 92 meslek elemanı, Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü'nde görev yapan 76 meslek elemanı, Gençlik ve Spor İl Müdürlüğü'nde görev yapan 22 meslek elemanı, Kamu Üniversitelerinde görev yapan 22 meslek elamanı eğitim programını tamamlamıştır.

Eğitimin ilk günü psikososyal destek sağlayıcılarının intihar vakalarına yönelik yaklaşım, müdahale ve tedavi konularında bilgi ve tutumlarını değerlendirmek amacıyla katılımcılara düşünce, tutum ve yaklaşımlarını değerlendiren sorular da yöneltilmiştir. Bu sorulara verilen yanıtlara göre eğitime katılan meslek elemanlarının %79.2'si kadındı ve %72.3'ü psikologtu. Katılımcıların %78.8'i daha önce intihar düşüncesi olan ve/veya intihar girişiminde bulunan bireylerle çalışmıştı. Katılımcıların %81.7'si daha önce (lisans eğitimi dışında) intihar vakalarına müdahale ve kriz yönetimi eğitimi almamıştı. İntihar konusunda mesleki gelişimleri için en sık başvurdukları bilgi kaynakları kitap/akademik yayın (%46), eğitim/kurs (%31.2), seminer/kongre (%18.3)'di. Katılımcılar intihar ile ilgili bilgi sorularını yüksek oranda doğru yanıtladığı görüldü. Katılımcılar intihar riski taşıyan bireyi uygun sağlık hizmetine yönlendirme ve iş birliği kurma konusunda kendilerini yeterli bulurken; intihara meyilli bir bireyle nasıl iletişim kuracağım konusunda kısmen yeterli olduklarını bildirdi. Katılımcılar arasında intiharı düşünen bireylerin yardım alması gerektiğine inanç ve intihar girişiminde bulunan bireyleri yargılamamak gerektiğine dair tutum hakimdi. Ayrıca katılımcılar yüksek oranda intiharı hakkında konuşulması gereken bir konu olarak değerlendirdiler. Söz konusu eğitim sonunda katılımcıların eğitim programını yazılı olarak değerlendirmesi istenmiş ve yüksek oranda eğitim memnuniyeti gözlenmiştir. Programın ikinci aşamasında ise katılımcılardan seçilen küçük gruplar ile tekrar bir araya gelerek söz konusu

eğitimin ardından edinilen bilgi ve becerileri mesleki pratiklerinde kullanma durumları değerlendirilmesi planlanmaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Eğitim programı gençlerimize daha güçlü bir destek sunabilmek, intiharı önlemeye yönelik bütüncül bir yaklaşım oluşturmak ve sahadaki mesleki kapasiteyi artırmak adına önemli bir adımdır. Katılımcıların çok büyük bir kısmı daha önce intihar vakalarına müdahale ve kriz yönetimi eğitimi almadığı gözlendi. Bu durum hem ihtiyacın büyüklüğünü hem de doğru ve gerekli bir program yürütüldüğünü açıkça göstermektedir. Eğitim programlarının yaygınlaştırılması ve geliştirilmesinin, gençlerin ruh sağlığını güçlendirmek, riskleri erken fark edebilmek ve doğru müdahale becerilerini geliştirmek amacıyla gençlerle birebir çalışan meslek gruplarının bilgi ve becerilerinin güçlendirilmesi konusunda etkili olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: İntihar, müdahale, ruh sağlığı, tutum

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S198]
YETİŞKİN BİREYLERİN SİBERKONDRİ, BEDENSEL DUYUMLARI ABARTMA, UYKU VE YAŞAM KALİTESİ DÜZEYLERİ: KESİTSEL BİR ÇALIŞMA

***Feyza Bardak*[1], *Büşra Altınel*[2]**
[1]*Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı*
[2]*Selçuk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı*

Giriş-Amaç

Bu çalışmanın amacı yetişkin bireylerde siberkondri, bedensel duyumları abartma, uyku ve yaşam kalitesine belirlemek ve bedensel duyumları abartma, uyku ve yaşam kalitesi düzeylerinin siberkondri düzeyleri üzerindeki etkilerini incelemektir.

Gereç-Yöntem

Kesitsel araştırma tasarımda yürütülen bu çalışma 1 Nisan- 30 Eylül 2025 tarihlerini kapsamaktadır. Çalışma kentsel bölgede yaşayan 18-65 yaş arası yetişkin bireyler ile yürütülmüştür. Çalışmanın tahmini örneklem hesabın için G*Power 3.1. programı kullanılmıştır. Tahmini örneklem hesabı için Fang & Mushtaque (2024) tarafından yürütülen çalışmanın R2=0.027 değeri kullanılarak elde edilen f2 etki büyüklüğü, %95 güç düzeyinde 0.05 hata payında minimum örneklem büyüklüğü 392 olarak belirlenmiştir. Çalışma verileri topluma açık alanlarda gelişigüzel örnek seçim yöntemi kullanılarak 400 birey ile tamamlanmıştır. Çalışma verilerinin toplanmasında sosyo-demografik bilgi formu, Siberkondri Ciddiyet Ölçeği, Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği, Uyku ve Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Bu çalışmanın ana bağımsız değişkeni yetişkin bireylerin siberkondri ciddiyeti düzeyidir. Bağımlı değişkenleri ise sosyodemografik özellikler, bedensel duyumları abartma, uyku ve yaşam kalitesidir. Çalışmada elde edilen veriler IBM SPSS Version 29.0 paket programında bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Kategorik ve sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler uygulanmıştır. Normal dağılım gösteren nicel verilerin iki grup karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi ve ANOVA testi; değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Pearson korelasyon analizi ve belirleyici faktörlerin analizinde linear regresyon analizi kullanılmıştır. Bulgular p<0,05 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Çalışmanın yürütülebilmesi için Süleyman Demirel Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Komitesi'nden etik onay (Tarih: 17.01.2025, Toplantı No: 89, Karar No: 25) ve İl Sağlık Müdürlüğünden bilimsel araştırma uygulama izni alınmıştır. Ayrıca katılımcılar çalışma hakkında bilgilendirilerek gönüllü onam alınmıştır.

Bulgular

Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 40,35±14,08 olup, %59,5'i erkek, %56,8'i evli ve %52,4'ü üniversite ve üzeri bir eğitime sahiptir. Çalışmaya katılan bireylerin Siberkondri Ciddiyet Ölçeği puan ortalaması 24,86±10,79; Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği 29,91±7,36; Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi puan ortalaması 6,70±3,51 ve Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması ise 93,20±11,40 olarak belirlenmiştir. Yetişkin bireylerde Siberkondri ciddiyet düzeyi belirleyicileri cinsiyet (β= 0,142), eğitim düzeyi (β= -0,233) ve Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği puan ortalamasının (β= 0,245) Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği puan ortalaması üzerinde ileri düzeyde anlamlı bir etkisinin olduğu ve bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkendeki varyansın %15'ini (Adjusted R2= 0,150) açıkladığı belirlenmiştir (p<0,001). Bedensel Duyumları Abartma düzeyi Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği (β= 0,199), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (β= 0,280), cinsiyet (β= 0,268) ve ekonomik durum (β= 0,112) değişkenlerinin Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği puan ortalaması üzerinde ileri düzeyde anlamlı bir etkisinin olduğu ve bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkendeki varyansın %28'ini (Adjusted R2= 0,280) açıkladığı belirlenmiştir (p<0,001).

Sonuç ve Öneriler

Çalışmaya katılan bireylerin Siberkondri Ciddiyet Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi puan ortalaması ortalamanın altında bir değere sahiptir. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalaması ise ortalamanın üstünde olarak belirlenmiştir. Yetişkin bireylerde cinsiyet, eğitim düzeyi ve Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği puan ortalamasının Siberkondri Ciddiyetinin önemli belirleyicileridir. Ayrıca Siberkondri Ciddiyeti Ölçeği, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, cinsiyet ve ekonomik durum değişkenleri Bedensel Duyumları Abartma düzeyinin belirleyicileri arasındadır. Öneriler: Yetişkinlerde siberkondriyi önlemek veya en aza indirmek için, bu konuda kamuoyunun farkındalığını artırmak çok önemlidir. Siberkondri ve bedensel duyumları abartma arasındaki ilişki göz önüne alındığında, doğru ve güvenilir sağlık bilgisi kaynaklarına erişimin sağlanması riski azaltmada etkili olabilir. Ayrıca, araştırmacılar siberkondri ve bedensel duyumları abartma belirleyicilerini araştırmak ve hedefli müdahaleleri değerlendirmek için randomize kontrollü çalışmalar yürütmelidir.

Anahtar Kelimeler: Bedensel duyumları abartma, siberkondri, yaşam kalitesi, uyku kalitesi

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S199]
GEBELİKTE E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

***Semiha Zeynep Özsaydı*[1], *Rana Baykan Gürüz*[1], *Leyla Tekdemir*[1], *Belgin Oral*[2]**
[1]*Kayseri Kocasinan İlçe Sağlık Müdürlüğü*
[2]*Kayseri Şehir Hastanesi*

Giriş-Amaç

Sağlık okuryazarlığı, sağlık bilgisine erişme, anlama ve kullanma kapasitesi iken e-sağlık okuryazarlığı (e-SOY) ise bu kapasitenin dijital ortamdaki karşılığı olup elektronik kaynaklardan sağlık bilgisini bulma, anlama, değerlendirme ve uygulama becerisini ifade eder. e-SOY bireylerin sağlık durumlarını algılama ve yaşam kalitelerini değerlendirme biçimlerinde de belirleyici bir rol oynamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşam kalitesini bireyin yaşadığı kültür ve değerler sistemi bağlamında; kendi amaç, beklenti, standart ve kaygıları ışığında yaşamındaki konumuna ilişkin algısı olarak tanımlar. Yüksek sağlık okuryazarlığı güvenilir bilgiyi bulma, değerlendirme ve kullanma süreçlerini güçlendirerek yaşam kalitesini desteklemektedir. Kadın sağlığının bebek, çocuk ve aile sağlığı üzerindeki belirleyici etkisi göz önüne alındığında, kadınların—özellikle gebelerin—sağlık okuryazarlığı toplum sağlığı açısından kritiktir. Gebelik, fizyolojik ve zihinsel değişikliklerle dolu kadının günlük yaşamdaki rollerini yerine getirme becerisini ve yaşam kalitesini etkileyebilir. Gebelik döneminde e-SOY; doğum öncesi bakım ve eğitimlere uyumu artırma, gebelikle ilişkili kaygıyı azaltma ve dijital sosyal destek kaynaklarını etkin kullanma gibi mekanizmalar yoluyla yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebilir. Literatürde, yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip gebelerin yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir ancak bu ilişkiyi e-SOY özelinde değerlendiren çalışmaya rastlanmamıştır. Bu araştırma, gebelik döneminde e-SOY ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem

Bu analitik ve kesitsel çalışma,. Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi gebe polikliniğine başvuran gebeler üzerinde yürütülmüştür. Çalışma grubunu, Temmuz–Ağustos 2025 tarihleri arasında polikliniğe başvuran gebeler oluşturmuştur. Dahil edilme kriterleri; >=12 haftalık gebelik, 18 yaş ve üzerinde olma ve Türkçe okuryazarlıktır. Belirtilen özellikleri taşıyan ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden gebelere anketör tarafından yüzyüze görüşme yöntemiyle anket uygulanmıştır. Örneklem büyüklüğü G*Power 3.1 programı kullanılarak hesaplanmış, etki büyüklüğü 0.20, güç 0.80 olarak kabul edilmiş ve minimum gerekli katılımcı sayısı 191 olarak belirlenmiştir. Anket toplam 26 sorudan oluşmakta olup üç bölüm halinde düzenlenmiştir:

1. Demografik bölüm

2. Gebelikte Yaşam Kalitesi Ölçeği (QOL-GRAV): Vachkova ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve Ayan ve Apay tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılan dokuz maddelik ölçek kullanılmıştır. Ölçek beşli Likert tipi yanıt seçeneklerine sahiptir. Ölçek puanı 9–45 arasında değişmekte olup, düşük puanlar daha yüksek yaşam kalitesi ile ilişkilidir.

3. E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (eHEALS): Norman ve Skinner tarafından geliştirilen ve Tamer Gencer tarafından Türkçe geçerlik-güvenirliği yapılan, sekiz maddelik tek boyutlu bir ölçektir. Ölçek, bireylerin sağlıkla ilgili bilgi teknolojilerini kullanmadaki algılanan becerilerini, e-sağlık programları ile kullanıcılar arasındaki uyumu ve elektronik sağlık bilgilerini bulma, değerlendirme ve uygulama konularındaki ortak bilgi, konfor ve öz-yeterlik düzeylerini ölçmek üzere tasarlanmıştır. Beşli Likert tipi yanıt seçenekleriyle puanlanan ölçekte yüksek puanlar daha yüksek e-sağlık okuryazarlığını göstermektedir. Araştırma için,. İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastaneleri Hizmetleri Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu'ndan ve... Şehir Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli izinler

alınmıştır. Veri analizi Jamovi 2.3.0.0. programı ile yapılmıştır. Sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler ortalama ± standart sapma (min, max) ve medyan (Q1, Q3) olarak verilmiş, kategorik değişkenler için frekans ve yüzde kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğunu değerlendirmede histogram ve Shapiro Wilk testi kullanılmıştır. Grupların karşılaştırmalarında parametrik test olarak Students t testi ve ANOVA testi, non parametrik test olarak Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testleri yapılmıştır. Sayısal verilerin korelasyonunun değerlendirilmesinde Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Varyans homojenliği Levene testi ile değerlendirilmiş, post hoc test olarak Tukey testi kullanılmıştır. $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya katılmayı kabul eden ve kriterleri karşılayan 342 gebeye ulaşılmış ancak eksik veriler nedeniyle 338 gebe ile çalışma tamamlanmıştır. Grubun yaş ortalaması 28.2 ± 5.3'tür (min:18, max:41). Katılımcıların %32.0'si lise mezunu, %30.8'i üniversite mezunudur. Katılımcıların gebelik haftası ortalaması 28.1 ± 8.8'dir (min:12, max:84). Kişilerin ortalama evlilik süresi 65.2 ± 58.5 aydır (min:1, max:240). Gebelerin ortalama çocuk sayısı 1.8 ± 0.8'dir (min:1, max:4). Gebelerin %22.5'inin geçmişte herhangi bir düşük ya da ölü doğum öyküsü mevcuttur. Düşüğü/ölü doğumu olan kadınların ortalama düşük/ölü doğum sayısı 1.2 ± 0.6 (min:1,max:4)'dır. Katılımcılardan sağlığı hakkında karar verirken internetin kendisine yardımcı olmada yararlı olduğunu düşünenlerin oranı %52.7'dir. İnternette sağlık kaynaklarına erişebilmenin kendisi için önemli olduğunu düşünenlerin oranı %50.0'dir. Gebelerin eHEALS puan ortalaması 24.2 ±7.7 (min:8, max:40) iken QOL-GRAV puanları ortalaması 23.6 ± 5.1 (min:11, max:42)'dir. QOL-GRAV skorlarına göre gebelerin % 63.3'ünün yaşam kalitesi çok iyi iken, %22.2'sinin iyidir. Gebelerin yaşam kalite düzeylerine göre eHEALS puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir. Katılımcıların eHEALS puanlarının çeşitli değişkenlerle korelasyonu incelendiğinde eHEALS skoru ile QOL-GRAV skoru, yaş, gebelik haftası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak evlilik süresi (ay) ile eHEALS skoru arasında negatif yönde istatiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Katılımcıların QOL-GRAV puanlarının çeşitli değişkenlerle korelasyonu incelendiğinde yaş, gebelik haftası ve evlilik süresi (ay) değişkenleri ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Katılımcıların QOL-GRAV puanının eğitim durumu, partner eğitim durumu, gebelik öncesinde çocuk sahibi olma durumu, düşük/ölü doğum öyküsü bulunma durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı değişiklik göstermediği gözlenmiştir. eHEALS skoru ise eğitim durumuna göre istatiksel olarak anlamlı farklılık göstermiş ve aradaki farklılık ortaokul ve altı eğitim durumuna sahip olanlar ile lise mezunu ve üniversite-yüksekokul mezunları arasında görülmüştür ($p<0.05$). Partner eğitim düzeyi arttıkça eHEALS skoru artmıştır ($p<0.05$). Gebelik öncesinde çocuk sahibi olmayanların olanlara göre ve düşük/ölü doğum öyküsü olmayanların olanlara göre eHEALS skoru anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuç ve Öneriler

Gebelerin e-sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile yaşam kalitelerinin arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Eğitim düzeyinin artması e-sağlık okuryazarlığını olumlu yönde etkilemiştir. Gebelere yönelik e-sağlık okuryazarlığını geliştirmeye odaklanan eğitim ve danışmanlık programlarının planlanması e-sağlık okuryazarlığını geliştirmede etkili olabilir.

Anahtar Kelimeler: Gebe, yaşam kalitesi, e-sağlık okuryazarlığı

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S200]
HAVA KURTARMA VE YANGINLA MÜCADELE ÇALIŞANLARININ FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYLERİ İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Eyyüp Doğan[1], Hıdır Sarı[2], Mehmet Özel[3]
[1]DHMİ Diyarbakır Havalimanı Müdürlüğü
[2]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Bölümü

Giriş-Amaç

Düzenli fiziksel aktivite, bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasında önemli bir rol oynamaktadır. Hava Kurtarma ve Yangınla Mücadele (HKYM) personelinde fiziksel aktivite düzeyinin, yaşam kalitesine etkisi olabileceği değerlendirilmektedir. Bu araştırmada, HKYM personelinde fiziksel aktivite düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç-Yöntem

Bu tanımlayıcı-kesitsel çalışma, yüksek lisans tezi kapsamında Diyarbakır Havalimanı'nda görevli tüm gönüllü Hava Kurtarma ve Yangınla Mücadele personeli (41 erkek, 1 kadın) ile yürütüldü. Örneklem seçilmedi, tüm evren çalışmaya dahil edildi. Etik kurul, kurum ve ölçek izinleri alındı; finansal destek veya çıkar çatışması bulunmamaktadır. Veriler, 01 Ocak–31 Mart 2023 tarihleri arasında yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Katılımcılara kişisel bilgi formu, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi-Kısa Form (IPAQ) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form (WHOQOL-BREF) uygulandı. IPAQ ile fiziksel aktivite düzeyi MET (Metabolik Eşdeğer) katsayıları (ağır aktivite 8,0 MET, orta aktivite 4,0 MET, yürüme 3,3 MET) kullanılarak değerlendirildi. Skorlar, MET-dakika/hafta olarak hesaplanarak inaktif (<600 MET-dk/hafta), minimal aktif (600-3000 MET-dk/hafta) ve çok aktif (>=3000 MET-dk/hafta) şeklinde üç kategoriye ayrıldı. Oturma süresi ayrıca değerlendirildi, ancak toplam skora dahil edilmedi. WHOQOL-BREF, bedensel, sosyal, ruhsal ve çevresel alanlarda yaşam kalitesini 0–20 puan aralığında ölçmüş, puan yükseldikçe yaşam kalitesinin arttığı kabul edildi. Bağımlı değişkenler IPAQ ve WHOQOL-BREF puanları; bağımsız değişkenler yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslekte çalışma süresi, medeni durum, kronik hastalık, sigara/alkol kullanımı, kronik ilaç kullanımı ve hizmet içi eğitimdir. Veriler SPSS 21.0 ile analiz edildi; normal dağılıma uymayan tek değişkenli (ikili) karşılaştırmalarda sürekli değişkenler için Mann-Whitney U testi, kategorik değişkenlerde ise Ki-kare veya Fisher kesin testi, korelasyon için Spearman analizi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi p<0,05 olarak belirlendi.

Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması 36,9±6,46 olup, 42 kişiden yalnızca biri kadındır (42 yaş). Katılımcıların %33,3'ü sigara, %14,3'ü alkol kullanmakta, %14,3'ünde kronik hastalık ve düzenli ilaç kullanımı bulunmaktadır. Tüm HKYM personelinin hava kurtarma ve yangınla mücadele ile ateşli tatbikat eğitimini eğitimleri aldığı ve %73,8'inin meslekte 11 yıl ve üzeri çalıştığı saptandı. Katılımcıların %21,4 (n=9)'ü inaktif, %52,4'ü (n=22) minimal aktif, %26,2'si (n=11) çok aktif saptandı. Ortalama IPAQ toplam puanı 2226,49±1998,35 olup; <=30 yaş (4263,71±2115,57; %95 GA 2307,14-6220,29), bekar (3002,54±1869,04; %95 GA 1873,09-4131,99) ve meslekte <=10 yıl çalışanlar (3402,73±2312,02; %95 GA 1849,49-4955,96); >=31 yaş (1819,04±1732,16; %95 GA 1224,02-2414,06)'tan, evlilerden (1878,60±1986,30; %95 GA 1123,06-2634,15) ve meslekte >=11 yıl (1809,11±1728,74; %95 GA 1175,01-2443,22) çalışanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha aktif bulunmuştur (sırasıyla p=0,04; p=0,049; p=0,038). Kadın katılımcının IPAQ toplam puanı 198 olup, inaktif olduğu gözlendi. Eğitim düzeyi, sigara/alkol kullanımı, kronik hastalık ve ilaç kullanımı ile IPAQ puanı arasında anlamlı fark bulunmadı. WHOQOL-BREF ortalama ölçek puanı; <=30 yaş (17,47±1,71), bekar (16,62±1,97), <=10 yıl çalışma süresine (17,04±1,51) sahip, sigara kullanmayan (15,90±1,83), alkol kullanmayan (15,57±2,49), kronik hastalık ve ilaç kullanımı olmayanların (15,86±2,06) bedensel alanda yüksek; >=31 yaş (15,47±2,49), evli (15,31±2,48), >=11 yıl (15,40±2,62) çalışma süresine sahip, sigara içen (14,67±2,59), alkol

kullanan (14,67±1,89), kronik hastalığı olup ilaç kullananların (14,44±2,45) sosyal alanda yüksek gözlendi. Kadın katılımcı da en yüksek ölçek puanı sosyal alanda (20,00) saptandı. IPAQ toplam MET (r=0,427, p=0,005), şiddetli MET (r=0,390, p=0,011), hafif MET (r=0,327, p=0,035) ile WHOQOL-BREF bedensel alan puanı arasında orta düzeyde pozitif korelasyon saptandı (p<0,05). Ruhsal, sosyal ve çevresel alanlarda anlamlı ilişki görülmedi.

Sonuç ve Öneriler

HKYM personelinde fiziksel aktivite düzeyinin özellikle bedensel yaşam kalitesiyle pozitif ilişkili olduğunu göstermiştir. Genç, bekar ve meslekte daha yeni olan personelin hem daha aktif olduğu hem de yaşam kalitesi puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Ruhsal, sosyal ve çevresel alanlarla ise anlamlı bir ilişki saptanmadı. Fiziksel aktivitenin teşvikinin, bedensel yaşam kalitesini artırabileceği ve mesleki performansa katkı sağlayabileceği öngörülmektedir. Araştırmanın tek merkezli olması, cinsiyet açısından dengesiz ve küçük bir örneklemle yürütülmüş olması, sonuçlarının genelleme yapılamaması, kesitsel-tanımlayıcı türde bir tasarım olmasından nedensellik ilişkisinin kurulamaması ile öz bildirim ve hatırlamaya dayalı verilerin toplanmış olması dış geçerliliği sınırlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Egzersiz, fiziksel, yaşam kalitesi, hava kurtarma, yangınla mücadele

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S201]
TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

***Aliye Bahar Bülbül Çan*[1], *Tahsin Gökhan Telatar*[2]**
[1]*Rize Çayeli İlçe Sağlık Müdürlüğü*
[2]*Rize İl Sağlık Müdürlüğü*

Giriş-Amaç

Tıp fakültesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemeleri kişisel sağlıklarının yanı sıra ilerde sağlık hizmeti sunacakları toplumun sağlığı üzerinde de etkili olabileceği için önem taşımaktadır. Bu nedenle tıp fakültesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeylerinin tespiti önemlidir. Bu çalışmada 2023-2024 eğitim-öğretim yılında Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenim gören tıp fakültesi öğrencilerinin sağlıklı yaşam davranış düzeylerinin belirlenmesi ve sağlıklı yaşam davranışları ile ilişkili faktörlerin saptanması amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Araştırma kesitsel tiptedir. Araştırmanın evrenini, 2023-2024 eğitim-öğretim yılında Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne kayıtlı toplam 800 öğrenci oluşturmaktadır. Örneklem seçilmeden evrendeki tüm bireyler araştırmaya dahil edilmiş olup, öğrencilerin 586'sına ulaşılmıştır. Anket yanıtlama oranı %73,2'dir. Veriler Google Forms kullanılarak çevrim içi bir anket aracılığıyla toplanmıştır. Araştırmada ankette öğrencilerin sağlıklı yaşam davranışları ile ilgili sorular, sosyodemografik özellikleri ile ilgili sorular ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) soruları kullanılmıştır. Anketteki veriler IBM SPSS Statistics for Windows, Version 29.0.2.0 Armonk, NY:IBM Corp programı ile analiz edilmiştir. İstatistiksel analizlerde Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Shapiro-Wilk, Spearman Korelasyon ve çoklu Lineer Regresyon testleri kullanılmıştır. Araştırmamızda Kruskal Wallis testi sonrası farkı yaratan grupların tespiti için post-hoc analizler yapılmıştır. İstatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir. Araştırmanın yürütülmesi için Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı (12.12.2023 tarihli, 2023/274 sayılı karar) alınmıştır. Araştırmada herhangi bir çıkar çatışması yoktur. Çalışma için finansal destek alınmamıştır.

Bulgular

Öğrencilerin yaş ortalaması 21,62±2,08'dir. Katılımcıların %59,2'si (347) kadındır. Öğrencilerin %25,4'ünün alkol kullandığı, %24'ünün sigara kullandığı belirlenmiştir. Araştırmamızda katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II için verdikleri cevapların ortalaması 119,43±21,05'tir. Çalışmamızda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin alt alanlarında en düşük ortalama 16,36±4,88 ile fiziksel aktivite, en yüksek ortalama 23,90±5,23 ile manevi gelişim olarak saptanmıştır. Araştırmada öğrencilerin %53,4'ü sağlıklı yaşam ile ilgili konuların tıp eğitiminde yeterli düzeyde olmadığını, %22,4'ü yeterli düzeyde olduğunu, %24,2'si ise fikrinin olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %30,2'si tıp fakültesinde okuyor olmanın kendi sağlıklarına yaklaşımlarını olumsuz etkilediğini belirtirken, %49,1'i olumlu etkilediğini, %20,7'si ise herhangi bir etkisinin olmadığını belirtmiştir. Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin genel ölçek puanına etki eden değişkenler çoklu lineer regresyon modeli ile değerlendirildiğinde, öğrencilerin hobi sahibi olma durumu, uyku süresi, sigara kullanma durumu ve düzenli egzersiz yapma durumu genel ölçek puanındaki değişimle ilişkili saptanmıştır.

Sonuç ve Öneriler

Çalışmamız sonucunda; tıp fakültesi öğrencilerinin fiziksel aktivitelerde bulunmaları için teşvik edilmesi ve bu doğrultuda gerekli imkanların sunulması, öğrenciler için alkol ve sigara kullanımının olumsuz etkilerine dair farkındalık düzeyini artırmak amacıyla eğitim etkinliklerinin planlanması, bununla birlikte sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili konularda daha fazla eğitim verilmesine yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sağlığı geliştirme modeli, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II, tıp fakültesi öğrencileri

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S202]
EDİRNE İLİ MERKEZ İLÇESİ HEKİM ŞİFA-İ SAĞLIKLI HAYAT MERKEZİNE BAŞVURAN BİREYLERİN KANSER TARAMALARINA YÖNELİK BİLGİ VE TUTUMLARI VE SAĞLIKLI YAŞAM FARKINDALIKLARI

***Meltem Sözer Yavuz*[1], *Galip Ekuklu*[2]**
[1]*Trakya Üniversitesi Sağlıkıl Bilimleri Enstitüsü, Doktora Programı*
[2]*Trakya Üniversitesi TIp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

Giriş-Amaç

Kanser, vücuttaki hücrelerin kontrolsüz şekilde çoğalması ve çevre dokulara yayılmasıyla karakterize edilen bir hastalık grubu olarak tanımlanır. Kanser, dünya genelinde en önemli halk sağlığı sorunlarından biri olup, erken teşhis ve düzenli tarama programları ile önlenebilir veya tedavi edilebilir bir hastalık grubu olarak kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre erken tanı ve uygun tedavi, birçok kanser türünün seyrini olumlu yönde değiştirilebilmektedir. Taramaların başlıca amaçları; Erken teşhis, ölümleri azaltmak, hastalık yükünü azaltmak, riskli bireylerin belirlenmesi, toplum sağlığını güçlendirmek, sağlık sistemine yükü azaltmak, koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasını sağlamaktır. Türkiye'de bu taramalar, Sağlık Bakanlığı'nın toplum tabanlı programlarıyla yürütülmektedir. Çalışmada bireylerin ülkemizde yürütülen kanser tarama programları ile ilgili bilgi ve tutumlarını belirlemek ve bireylerin sağlıklı yaşam biçimi ile ilgili farkındalık düzeyinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Kesitsel tipteki çalışma Edirne il Merkezinde Hekim Şifa-i Sağlıklı Hayat Merkezi'ne 01 Ocak 2023 – 15 Haziran 2023 tarihleri arasında başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü 385 kişi ile yapılmıştır. Çalışmanın örneklemi Open Epi programı ile daha önce yapılan benzer çalışmalardaki farkındalık düzeyi %40 ve güven düzeyi %95 olarak alınarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireyler 30-65 yaş arasında, iletişim kurulabilen ve araştırmaya katılmaya istekli bireylerdir. Çalışma verileri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı ile değerlendirilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, min-maks değerleri, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Kullanılan verilerin normal dağılıma uygunluğu test edilmiştir. Normal dağılıma sahip verilerde niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki bağımsız grup arasındaki fark için bağımsız t testi uygulanmıştır. Araştırmanın kısıtlılıkları; Araştırma, Hekim Şifa-i Sağlıklı Hayat Merkezine başvuran bireylerle yürütülmüş olup yalnızca bu evrene genellenebilir. Veriler, 30-65 yaş arası katılımcıların yanıtlarıyla sınırlıdır. Katılımcıların tek bir bölgeden seçilmesi, farklı bölgelerdeki sağlık farkındalık ve davranışlarının yansıtılamamasına neden olabilir. Sağlıklı yaşam farkındalığı ve kanser taramalarına katılım, öznel değerlendirmelere dayanmaktadır. Araştırma sürecinde olası taraf tutma kaynaklarının en aza indirilmesi amacıyla veri toplama ve analiz aşamalarında standart bilimsel yöntemler uygulanmış olup, belirgin bir yanlılık kaynağı saptanmamıştır.

Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması 48,0 ± 9,2 ve ortanca yaş 47 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kişilerin % 83,6'sı kadın,% 16,4'ü erkektir. Çalışmaya katılan bireylerin % 84,4'ü evli ve % 40,3'ü üniversite ve üzeri eğitim düzeylerine sahiptir. Katılımcıların %50,1'i sigara kullanmadığı, %16.1'inin 1 paketten az ve %33.8'inin ise 1 paket ve daha fazla sigara içtiği anlaşılmaktadır. Ayrıca katılımcıların alkol kullanım alışkanlıkları değerlendirildiğinde; % 65,7'si hiç alkol tüketmediklerini ifade etmişlerdir. Katılımcılardan bedenlerini tarif etmeleri istendiğinde % 59,7'si (n=230) normal bulmalarına karşın vücut kitle indeksi hesaplandığında bu kişilerin %31,5'inin (n=110) normal olduğu anlaşılmıştır. Katılımcıların % 61,8'i daha önce herhangi bir kanser taraması yaptırmamıştır. Kanser taraması yaptıranların %21,8'i son 1–24 ay içinde yaptırmışlardır Katılımcıların SYFÖ toplam puan ortalaması 61,2 ±1 3,2'dir (bu testten alınabilecek en düşük puan 15 en

yüksek puan ise 75'tir). Kadın cinsiyetinde, hayatının herhangi bir döneminde sigara kullanmayanlarda ve sağlıklı beslendiğini düşünenlerde SYFÖ puan ortalamaları anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Katılımcıların KYTÖ toplam puan ortalaması ise 101,7 ± 12,9 bulunmuş olup bu testten alınabilecek en düşük puan 55 iken en yüksek puan 120'dir. Araştırmada kadınlarda KYTÖ puan ortalaması istatistiksel olarak daha yüksektir. Meslek gruplarına göre incelendiğinde; çalışmayanların puanları daha yüksek tespit edilmişken, kamu personelleri ise en düşük puana sahiptirler ($p<0.028$). Ayrıca günde 2 paketten fazla sigara içenlerin KYTÖ puanı en düşük bulunmuşken, 1 paketten az kullananların KYTÖ puanı en yüksek bulunmuştur. İçilen sigara miktarı ile KYTÖ'den aldıkları puanlar değerlendirildiğinde; 1 paketten az içenlerin aldıkları puan 104,0 ± 12,1 ile en yüksek puana sahiptir. 1 paketten daha fazla içenler 99,1 ± 14,1 puan alarak en düşük puana sahiptir ($p<0.013$). Sağlıklı beslendiğini düşünen katılımcılar kanser taramalarına katılımları daha fazladır ($p<0.007$). Ayrıca daha önce kanser taraması yaptıranların kanser taramalarına katılımlarının daha yüksektir. Özgeçmişinde meme ve rahim ağzı kanseri olanların kanser taramalarına yönelik tutumları pozitif yönde bulunmuştur ($p<0.002$).

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma, yetişkin bireylerin kanser taramalarına yönelik bilgi ve tutumları ile sağlıklı yaşam farkındalığı gibi iki temel halk sağlığı göstergesini yerel düzeyde birlikte bakımından önemlidir. Bu bulgulara göre Edirne merkez ilçedeki kadınların kanser taramalarına karşı pozitif tutuma ve yüksek sağlıklı yaşam farkındalığına sahip oldukları söylenebilir. Hayatın herhangi bir döneminde sigara kullanmayanlar ve 1 paketten az sigara tüketenlerin SYFÖ puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Bu bulgu sağlıklı yaşam farkındalığı yüksek olanların sigara tüketmediklerini ya da az tükettiklerini göstermektedir. Daha önce kanser taraması yaptıranların KYTÖ puanları daha yüksektir. Kanser taramaları konusunda olumlu bir tutuma sahip olan bireylerin, taramalara katılım oranları daha yüksek bulunmuştur. Sonuç olarak bireylerin sağlıklı yaşam farkındalığı ne kadar yüksekse kanser taramalarına katılımları da o ölçüde artmaktadır. Çalışma, sağlık hizmet sunucularının, bireylerin sağlık bilgilerini artırmaya yönelik daha etkin stratejiler geliştirmeleri ve kanser taramalarına katılımı artırmaya yönelik kampanyalar düzenlemelerinin önemini ortaya koymaktadır. Kanser tarama ve eğitim merkezi olan KETEM'lerin sahada sürekli eğitim yapabilmeleri ve yapılan tarama sonuçlarının takibi bakımından yeterli çalışana sahip olması oldukça önemlidir. Kanser taramaları konusunda risk gruplarının bilgilendirilmesi ve katılımların artırılabilmesi için Kanser Erken Teşhis Eğitim Merkez'lerinin saha eğitimlerini artırması, çalışan kesimlere ulaşılabilmesi için işyerlerinde faaliyet göstermesi taramalara katılımı olumlu yönde etkileyecektir. Ayrıca okullarda kanser farkındalığı eğitimleri verilmesi, bu konuda öğretmenlerle işbirliği yapılması kanser taramalarına karşı olumlu tutum geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Kanser, koruyucu sağlık hizmetleri, tarama

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S203]
TÜRK VE YABANCI ÖĞRENCİLERDE SOSYAL MEDYA BAĞIMLIĞININ VÜCUT KİTLE İNDEKSİNE ETKİSİ

***Ayşe Tutkun**, Nergiz Sevinç, Erkay Nacar, Didemnur Doğan*
Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Sosyal medya, bireylerin çevrimiçi ortamda iletişim kurmasına ve içerik paylaşmasına olanak tanıyan dijital platformlardır. Son yıllarda özellikle genç yetişkinler arasında artan sosyal medya kullanımı kontrolsüz hale geldiğinde bağımlılığa ve bununla bağlantılı psikolojik ve fiziksel sorunlara yol açabilmektedir. Sosyal medya bağımlılığı, bireyin zaman yönetimini olumsuz etkilerken aynı zamanda fiziksel aktivitenin azalmasına bağlı olarak vücut kitle indeksinde (VKİ) artışa neden olabilmektedir. Bu çalışma, sosyal medya bağımlılığı ile bireylerin VKİ düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyerek, dijital bağımlılığın fiziksel sağlık üzerindeki etkilerini ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem

Bu kesitsel araştırma, 1 Mayıs–1 Haziran 2025 tarihleri arasında Karabük Üniversitesi'nde öğrenim gören yaklaşık 42.000 Türk ve yabancı uyruklu öğrenciler arasında basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen katılımcılar üzerinde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini, Karabük Üniversitesi'nde öğrenim gören Türk ve yabancı uyruklu öğrenciler oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü analizinde, %80 güç ve %95 güven aralığını sağlamak için ulaşılması gereken minimum örneklem büyüklüğü 216 kişi olarak hesaplanmıştır. Çalışmaya ise 417 öğrenci katılmıştır. Veriler, Google Forms aracılığıyla yüz yüze uygulanan anketlerle toplanmıştır. Anketin ilk kısmı sosyodemografik ve sağlık bilgilerini; ikinci kısmı ise Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği'ni içermektedir. Ölçek 6 maddeden oluşup 5'li Likert tipi derecelendirmeyle sosyal medya bağımlılığını ölçmektedir. Verilerin analizinde SPSS 26.0 paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistiklerde sürekli değişkenler medyan (min–maks), kategorik değişkenler sayı ve yüzde (%) olarak verilmiştir. Verilerin karşılaştırılmasında ki-kare, bağımsız örneklem t testi, tek yönlü ANOVA ve Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ sınırı kabul edilmiştir. Çalışma için Karabük Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (16.04.2025; E:2025/2176) alındı.

Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması 21,4 olup %52,8'i kadın, %47,2'si erkektir. Uyruğa göre katılımcıların %77'si Türk, %23'ü yabancı uyrukludur. VKİ dağılımına göre katılımcıların %54,4'ü normal kilolu, %22,8'i fazla kilolu, %12,7'si zayıf ve %10,1'i obezdir. Cinsiyet, uyruk, kronik hastalık, düzenli ilaç kullanımı, beslenme durumu, sağlık algısı, sigara kullanımı, kalınan yer ve fakülte değişkenlerine göre sosyal medya bağımlılığı puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Sınıf düzeyine göre yapılan değerlendirmede, 6. sınıf öğrencilerinin Bergen Sosyal Medya Bağımlılığı puanlarının, 1. sınıf öğrencilerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p = 0,011$). Spor yapmayan bireylerin sosyal medya bağımlılığı puanları, haftada 1–2 kez spor yapanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p = 0,017$). Ayrıca, haftada 1–2 kez spor yapanların puanları, haftada 3–4 kez spor yapanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p = 0,045$). Sosyal medya bağımlılığı puanları ile farklı VKİ grupları arasında yapılan analizlerde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$). Zayıf VKİ grubunda, kadınlar erkeklere göre anlamlı düzeyde daha fazladır; fazla kilolu ve obez gruplarda ise erkekler, kadınlara göre anlamlı düzeyde daha fazladır ($p < 0,001$). Zayıf VKİ grubundaki bireylerin aile yanında kalma durumu anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p = 0,035$). Fazla kilolu bireylerde sigara kullanımı

anlamlı düzeyde daha yüksektir (p = 0,010). Ek olarak, normal kilolu bireyler sağlıklarını anlamlı düzeyde daha olumlu değerlendirmektedir (p = 0,005). VKİ ile yaş arasında ise pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır (r = 0,173, p < 0,01).

Sonuç ve Öneriler

Sosyal medya bağımlılığı, sınıf düzeyi ve spor yapma sıklığı ile anlamlı şekilde ilişkilidir. Özellikle üst sınıf öğrencilerinde ve spor yapma sıklığı düşük olan bireylerde bağımlılık düzeyinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Buna karşın, sosyal medya bağımlılığı ile vücut kitle indeksi (VKİ) arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu sonuç, sosyal medya bağımlılığının VKİ üzerinde doğrudan bir etkisinin olmadığını göstermektedir. Öte yandan, VKİ'nin erkeklerde ve sigara kullananlarda daha yüksek çıkması, sağlıklı yaşam alışkanlıklarının önemini vurgulamaktadır. Bu bulgular, gençlerde sosyal medya kullanımının dengelenmesi ve fiziksel aktivitenin artırılması ile obezite ve sigara kullanımının önlenmesine yönelik programların geliştirilmesinin gerekliliğine işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Vücut kitle indeksi (VKİ), sosyal medya bağımlılığı, fiziksel aktivite

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S204]
SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU ÖĞRENCİLERİNDE OBEZİTE YAYGINLIĞI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

***Serap Salimoğlu*[1], *Sare Mıhçıokur*[2]**
[1]*Başkent Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu*
[2]*Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

Giriş-Amaç

Çalışmalar, gençlerde obezitenin hızla artarak ciddi bir halk sağlığı önceliğine dönüştüğünü ve riskli sağlık davranışları ile yakından ilişkili olduğunu göstermektedir. Sağlık meslek yüksekokulu öğrencilerinin toplumun sağlık davranışlarını şekillendirme potansiyeli nedeniyle, bu grupta obezite prevalansı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi toplum sağlığı açısından önem taşımaktadır. Bu çalışmanın amacı, sağlık meslek yüksekokulu öğrencilerinde obezite prevalansı ve obezite ile ilişkili faktörleri incelemektir.

Gereç-Yöntem

Tanımlayıcı tipteki çalışmanın evrenini 2024-2025 öğretim yılında bir vakıf üniversitesinin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'na kayıtlı 959 öğrenci oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmemiştir. Çalışmaya 632 (%65,9) öğrenci katılmıştır. Öğrencilere 2025 yılı Mart ayında yüz yüze anket uygulanmıştır. Anket formu; sosyodemografik özellikler, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite durumu, gece uyku süresi ve internet kullanım süresine ilişkin sorulardan oluşmaktadır. Bağımlı değişken vücut kitle indeksidir (VKİ). VKİ kategorileri 0 (zayıf ve normal) ve 1 (fazla kilolu ve obez) olarak kodlanmıştır. Bağımsız değişkenler cinsiyet, fast-food tüketimi, fiziksel aktivite durumu, ortalama gece uyku süresi ve günlük internet kullanım süresidir. VKİ_kategorisinin cinsiyet, beslenme alışkanlığı, fiziksel aktivite, uyku süresi ve internet kullanım süresi ile ilişkilerini tahmin etmek için Binary Lojistik Regresyon analizi kullanılmıştır. Model uyumu Omnibus test ve Hosmer–Lemeshow test ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde SPSS 25.0 programı kullanılmıştır. Üniversitenin Sosyal ve Beşeri Bilimler ve Sanat Araştırma Kurulu'ndan (Sayı: 17162298.600-66) onay alınmıştır. Finansal destek ve çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular

Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 19,75±2,85'dir. Katılımcıların %82,3'ünü kadınlar oluşturmaktadır. Katılımcıların %2,7'sinin zayıf, %61,2 sinin normal, %30,1'nin fazla kilolu ve %8,7'sinin obez olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %46,8'i haftada >=3 kez fast-food tükettiklerini ve %56,2'si egzersiz yapmadıklarını belirtmiştir. Gece uyku süresinin 6,61±1,81 saat olduğu ve günlük internet kullanım süresinin 4,87±2,43 saat olduğu tespit edilmiştir. Yüksek VKİ'ne (kategori 1: fazla kilolu ve obez) sahip olma olasılığı; erkeklerde kadınlara göre (OR=3,116; %95 GA: 1,735–5,599; $p<0,001$), haftada >=3 kez fast-food tüketenlerde tüketmeyenlere göre (OR=1,607; %95 GA: 1,024–2,521; $p=0,039$), egzersiz yapmayanlarda yapanlara (günde >=60 dakika) göre (OR=1,850; %95 GA: 1,178–2,903; $p=0,008$) yüksek bulunmuştur. Gece uykusundaki her 1 saatlik artış yüksek VKİ olasılığını azalttığı (OR=0,450; %95 GA: 0,384–0,526; $p<0,001$), günlük internet kullanım süresindeki her 1 saatlik artış yüksek VKİ olasılığını artırdığı (OR=1,587; %95 GA: 1,418–1,777; $p<0,001$) bulunmuştur (Omnibus $\chi2(5)=336,371$; $p<0,001$; Hosmer–Lemeshow $\chi2(8)=9,295$; $p=0,318$; Cox–Snell $R2=0,413$; Nagelkerke $R2=0,560$).

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada, öğrencilerin yaklaşık üçte birinin fazla kilolu ve obez olduğu görülmektedir. Ayrıca erkek cinsiyetin, sık fast-food tüketiminin, fiziksel inaktivitenin ve uzun internet kullanım süresinin yüksek vücut kitle indeksi ile ilişkili olduğu ve uzun uyku süresinin koruyucu yönde etkili olduğu görülmektedir. Çalışmanın sınırlılıkları; çalışma tasarımının tanımlayıcı olması nedeniyle nedensellik kurmaya uygun olmaması, evrenin

sadece sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencileri ile sınırlı olması nedeniyle genellenebilirliğinin sınırlı olması ve kurulan model paralellik varsayımını sağlamadığından dolayı Ordinal Lojistik Regresyon analizinin kullanılamamasıdır. Çalışmanın sonuçlarına göre üniversite öğrencilerine yönelik beslenme, fiziksel aktivite, dijital davranış ve uyku hijyenini kapsayan bütüncül halk sağlığı müdahalelerinin geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Beslenme, fiziksel aktivite, internet, obezite, vücut kitle indeksi

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S205]
HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNDE E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞLARINA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

***Gülhan Yiğitalp*[1], *Abdulsamet Taşkın*[2]**
[1]*Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü*
[2]*T.C. Sağlık Bakanlığı Çermik Devlet Hastanesi*

Giriş-Amaç

Çalışmalar e-sağlık okuryazarlığının sağlık arama davranışı ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu çalışmanın amacı hemşirelik öğrencilerinin e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlık arama davranışlarına etkisini belirlemektir.

Gereç-Yöntem

Tanımlayıcı, kesitsel türdeki araştırma 01-31.01.2024 tarihlerinde Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğrencileri ile yürütüldü. Araştırmanın evrenini 680 hemşirelik öğrencisi, örneklemi ise %95 güven %5 hata ile en az 246 hemşirelik öğrencisi oluşturdu. Toplam 311 öğrenciyle çalışma tamamlandı. Veriler kolayda örnekleme yöntemi ile web tabanlı anket (Google Forms) kullanılarak elde edildi. Veriler "Kişisel Bilgi Formu", "Adölesanlarda E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği", ve "Sağlık Arama Davranışı Ölçeği" kullanılarak toplandı. Dicle Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (Tarih:22.12.2023, Sayı:299) ve Atatürk Sağlık Bilimleri Fakültesinden kurum izni alındı. Verilerin analizinde sıklık, yüzde, ortalama, minimum, maksimum, standart sapma, normallik testleri, t-testi, ANOVA, korelasyon ve regresyon analizleri yapıldı.

Bulgular

Öğrencilerin yaş ortalaması 20.64±1,48, %70,4'ü kadındı. E-sağlık okuryazarlığı puanı 29,51±6,29, sağlık arama davranışı puanı 3,65±0,66 olarak belirlendi. Çalışmada E-sağlık okuryazarlığı ile sınıf, sağlığı hakkında karar vermesine yardımcı olmada internetin ne kadar yararlı olduğunu düşünme, internetteki sağlık kaynaklarına erişebilmeyi ne kadar önemli bulduğu arasında anlamlı ilişki bulundu ($p<0,05$). 3 ve 4. sınıfların 1. sınıflara göre, sağlığı hakkında karar vermesine yardımcı olmada internetin yararlı-çok yararlı olduğunu düşünenlerin kararsızım ve hiç yararlı değil-yararlı değil diyenlere göre, internetteki sağlık kaynaklarına erişebilmeyi önemli-çok önemli bulanların hiç önemli değil-önemli değil diyenlere göre E-sağlık okuryazarlığı daha yüksekti. Sağlık arama davranışı ile son bir yıl içinde hekime başvurma, sağlık algısı, sağlığı hakkında karar vermesine yardımcı olmada internetin ne kadar yararlı olduğunu düşünme, internetteki sağlık kaynaklarına erişebilmeyi ne kadar önemli bulduğu arasında anlamlı ilişki bulundu ($p<0,05$). Hekime 1-5 kez başvuranların 6 ve üzerinde başvuranlara göre, sağlığını iyi algılayanların kötü algılayanlara göre, sağlığı hakkında karar vermesine yardımcı olmada internetin yararlı-çok yararlı olduğunu düşünenlerin kararsızım ve hiç yararlı değil-yararlı değil diyenlere göre, internetteki sağlık kaynaklarına erişebilmeyi önemli-çok önemli bulanlar ve kararsızım diyenlerin hiç önemli değil-önemli değil diyenlere göre sağlık arama davranışı puanı daha yüksekti. E-sağlık okuryazarlığının sağlık arama davranışını yordadığı belirlendi ($\beta=0.053$, $p=0,0001$).

Sonuç ve Öneriler

E-sağlık okuryazarlığı yüksek olan öğrencilerin sağlık arama davranışının daha yüksek olduğu görüldü. Geleceğin hemşiresi olacak öğrencilerin E-sağlık okuryazarlığının artırılmasına yönelik stratejiler doğru yollardan sağlık arama davranışına yönelmesinde önemli katkı sunacaktır.

Anahtar Kelimeler: E-Sağlık okuryazarlığı, hemşirelik öğrencileri, sağlık arama davranışı

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S206]
ADAPTATION OF EXTENDED EHEALTH LITERACY SCALE (EHEALS-E) IN TURKISH: VALIDITY AND RELIABILITY ANALYSIS

Uğurcan Sayılı[1], Ayse Sultan Kaya[1], Sümeyye Nur Aydın[2]
[1]İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[2]İstanbul İl Sağlık Müdürülüğü, Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı

Introduction and Aim

eHealth Literacy is the ability to find, understand, evaluate, and apply electronic health resources, and measuring it is crucial as it determines individuals' capacity to effectively manage their health decisions and utilize healthcare services in the digital age. The aim of this study is to adapt the "Extended eHealth Literacy Scale" into Turkish, a critical component of health promotion activities, and to examine the validity and reliability of the scale.

Methods

This methodological study was conducted as an online survey between December 02-09, 2024, with 395 participants recruited through social media platforms. The study included three main components: demographic information, the Extended eHealth Literacy Scale (eHEALS-E), and the European Health Literacy Scale (HLS-EU-Q47). The Turkish adaptation of eHEALS-E was performed using a forward-backward translation method. Psychometric properties were assessed through exploratory factor analysis for construct validity, correlation analysis with HLS-EU-Q47 for convergent validity, and known-groups comparisons. Reliability was evaluated using Cronbach's alpha for internal consistency and test-retest reliability was assessed with a subset of participants after seven weeks.

Results

After removing problematic items, the Turkish version of eHEALS-E demonstrated robust psychometric properties with a final 20-item scale showing high internal consistency (Cronbach's alpha=0.896) and strong test-retest reliability ($r=0.794$, $p<0.001$).Exploratory factor analysis revealed a four-factor structure explaining 58.9% of total variance. The scale demonstrated good convergent validity with significant correlation with HLS-EU-Q47 ($r=0.514$, $p<0.001$). Known-groups validity was supported by significantly higher scores among participants with higher education and income levels.

Conclusion

The Turkish version of eHEALS-E demonstrates robust psychometric properties as a valid and reliable 20-item instrument for measuring eHealth literacy in the Turkish population, while maintaining the conceptual framework of the original scale. This tool can be valuable for healthcare professionals and researchers in assessing eHealth literacy levels and developing targeted interventions in Turkish-speaking populations.

Anahtar Kelimeler: E-health literacy, health literacy, reliability, validity

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S207]
SANAL GERÇEKLİK DESTEKLİ MÜDAHALELERİNİN ÖĞRENCİLERDE KARDİYOVASKÜLER SAĞLIK DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

***Özge Sürel*[1], *Aslıhan Öztürk Eyimaya*[2]**
[1]*Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi*
[2]*Ankara Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı*

Giriş-Amaç

Kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde erken yaşta sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması önemlidir. Bu çalışma, sanal gerçeklik destekli hemşirelik müdahalelerinin ortaokul öğrencilerinin kardiyovasküler sağlık davranışlarını geliştirmedeki etkinliğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Gereç Yöntem

Araştırma ön-test son-test randomize kontrollü deneysel bir tasarıma sahiptir. Araştırma verileri Mart-Mayıs 2025 yılında toplanmıştır. Araştırmanın evrenini Ankara ili, Mamak ilçesinde basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen 2 ortaokul, örneklemini ise çalışmaya katılmayı kabul eden ve katılım kriterlerini sağlayan 43 deney, 47 kontrol grubunda yer alan toplam 90 öğrenci oluşmuştur. Çalışmaya başlamadan önce deney ve kontrol gruplarında yer alacak öğrenci sayısını belirlemek amacıyla güç analizi yapılmıştır. Deney ve kontrol grubuna dahil edilecek öğrenciler basit rastgele örnekleme yöntemi ile dağıtılmıştır. Deney grubuna beş haftalık sanal gerçeklik destekli eğitim programı uygulanmış, kontrol grubuna girişim yapılmamıştır. Eğitim programı beş bölümden oluşmuştur: (1) kardiyovasküler sağlık, (2) beslenme, (3) fiziksel aktivite ve sedanter yaşam, (4) sigara kullanımı, (5) benlik saygısı ve stresin kardiyovasküler sağlık ile ilişkisi. Program kapsamında, teorik ve görsel materyaller içeren bir eğitim kitapçığı hazırlanmıştır. Sanal gerçeklik destekli eğitimde sanal gerçeklik gözlüğü kullanılmıştır. Verilerin toplanmasında Sosyo-Demografik Form ve Çocuklar için Kardiyovasküler Sağlık Davranışı Ölçeği (ÇKSDÖ) kullanılmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için etik kurul izni alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 25 paket programı kullanılmıştır. Sürekli değişkenlere ait veriler ortalama, standart sapma, medyan ve çeyreklikler arası aralık değerleri kullanılarak raporlanmıştır. Kategorik değişkenlere ait verilerde sayı ve yüzde kullanılmıştır. İki gruba sahip bağımlı ölçümlerde, normal dağılım sağlayan sürekli değişkenlerde Paired samples t test, normal dağılım sağlamayan sürekli değişkenlerde Wilcoxon işaretli sıralar testi kullanılmıştır. İki gruba sahip bağımsız ölçümlerde, normal dağılım sağlayan sürekli değişkenlerde Independent samples t test, normal dağılım sağlamayan sürekli değişkenlerde Mann-Whitney U test kullanılmıştır. Tüm testlerin analizinde p değeri <0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Bu çalışma, ClinicalTrials protokol kayıt sistemine NCT06812156 numarası ile kaydedilmiştir. Çalışma Ankara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından TYL- 2025-4022 nolu proje kapsamında desteklenmiştir.

Bulgular

Çalışma bulgularına göre deney grubundaki öğrencilerin yaş ortalaması 11,28±0,50; kontrol grubunda 11,34±0,48'dir. Deney grubundaki öğrencilerin ÇKSDÖ ön test puan ortalaması deney grubunda 58,21±9,15, kontrol grubunda 51,32±9,34; son test puan ortalamaları deney grubunda 47,91±10,75, kontrol grubunda 54,60±9,89 olarak bulunmuştur. Deney grubu ÇKSDÖ alt boyutları ön test puan ortalamaları beslenme 13,49±2,89, egzersiz yapma 11,00±3,70, sedanter yaşam 9,23±2,59, sigara içme 5,84±3,00, kendini sevme 7,86±1,86 ve stres 10,79±3,11; son test puan ortalamaları beslenme 11,53±3,45, egzersiz yapma 7,58±2,86, sedanter yaşam 7,67±2,84, sigara içme 4,95±2,52, kendini sevme 6,77±2,79 ve stres 9,40±3,32 olarak bulunmuştur.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma çocuklar için sanal gerçeklik destekli kardiyovasküler sağlık davranışlarını geliştirme müdahalelerinin etkili olduğunu ve çocukların sağlık davranışını olumlu yönde değiştirdiğini göstermiştir. Ayrıca sanal gerçeklik destekli eğitimin öğrenmeyi ve davranış değişikliğini destekleyici bir araç olarak kullanılabileceği sonucuna varılmıştır. Bu sonuçlardan yola çıkarak ortaokul çağındaki öğrencilere, ileride karşılaşabilecekleri kronik kalp hastalıkları riskini azaltmak amacıyla, erken dönemde önlem alma ve kardiyovasküler sağlığı koruyucu davranışlar kazandırmaya yönelik eğitimler verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sanal gerçeklik, hemşirelik, kardiyovasküler sağlık, çocuk, sağlık eğitimi

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S208]
SİGARA VE ELEKTRONİK SİGARA BİR BAŞA ÇIKMA MEKANİZMASI MI?: SAĞLIK BİLİMLERİ ÖĞRENCİLERİNDE BAŞA ÇIKMA STRATEJİLERİ, BAĞIMLILIK VE SİGARA BIRAKMA SÜRECİ ÜZERİNE BİR ANALİZ

Bilgehan Açıkgöz, Ayşegül Ekemen, Aybüke Ayan, Rabia Cansel Ağırtmış, Ferruh Niyazi Ayoğlu
Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Tütün kullanımının yalnızca fiziksel bağımlılık değil, stres, kaygı ve sosyal baskı gibi psikolojik etkenlerle şekillenen bir başa çıkma biçimi olduğu değerlendirilmektedir. Sağlık bilimleri öğrencilerinde sigara ve e-sigara kullanımı, hem kişisel sağlık hem de mesleki rol modeli olma açısından önemlidir. E-sigaranın "az zararlı" algısı kullanımını artırırken, nikotin bağımlılığını sürdürmektedir. Literatürde sağlık profesyoneli adaylarının tütün ürünlerini stresle başa çıkma aracı olarak kullanma biçimlerini bütüncül biçimde ele alan çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışma, sağlık alanı öğrencilerinde tütün ürünlerini bir başa çıkma aracı olarak kullanma eğilimini, bağımlılık düzeylerini ve psikososyal etmenlerle ilişkisini incelemeyi amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem

Araştırma Mart–Haziran 2025 arasında Zonguldak'ta karma yöntemli (nicel+nitel) bir tasarımla yürütülmüştür. Nicel aşamada Tıp, Diş Hekimliği, Eczacılık, Sağlık Bilimleri Fakültesi'ndeki 1905 öğrenciye sosyodemografik soruların yanında Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE-R) ve Yaşam Doyumu Ölçeği uygulanmıştır. Nitel aşama, fenomenolojik desenle tasarlanmış olup sigara kullanan 13 öğrenciyle derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Görüşmelerde öğrencilerin sigara ve elektronik sigaraya başlama, sürdürme ve bırakma süreçlerine ilişkin deneyimleri, sigara karşıtı politikalara bakışları ve yaşam doyumlarına dair algıları incelenmiştir. Kodlama süreci birden fazla araştırmacı tarafından yürütülmüş, temalar üzerinde uzlaşı sağlanarak analizin güvenilirliği ve doğrulanabilirliği artırılmıştır. Nicel veriler SPSS 21.0'da Ki-kare, Mann Whitney u testi, multinominal lojistik regresyon ve Spearman korelasyon analizi; nitel veriler Braun ve Clarke'ın tematik analiz yöntemiyle MAXQDA yazılımında değerlendirilmiştir. Etik onay alınmıştır (2025/06-08).

Bulgular

Katılımcıların %25'i sigara kullanmakta, bunların %80,7'si klasik, %5'i elektronik sigara tüketmektedir. %31,8'i elektronik sigarayı en az bir kez denemiştir. Ortalama başlama yaşı 17,9±2,5 olup, %38,1'i 18 yaşından önce başlamıştır. Normal sigara kullanan kişilerin elektronik sigaraya göre geleneksel sigarayı tercih sebebi alışkanlık (%71,9), sigara içme hissini daha fazla hissetme (%46,5), kolay ulaşılabilirlik (%33,9), elektronik sigaranın güvenliği konusunda endişe (%12,0) olmuştur. Elektronik sigara içenler ise bu tercihlerinde en önemli sebepleri koku ve tadını sevmek (%40,7), aromatik olması sayesinde kişiselleştirilebilmesi (%36,4), sigarayı bırakmaya yardım edebileceği düşüncesi (%33,1) olmuştur. Yaşam doyumu sigara içenlerde daha düşük bulunmuş ($p<0.001$), COPE-R puanlarında anlamlı fark saptanmamıştır. Ayrıca sigara kullananlarda COPE-R ve Fagerström ölçeği arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Fagerström testine göre öğrencilerin %24,6'sı orta–yüksek düzeyde bağımlıdır. Lojistik regresyon analizinde erkeklerde orta–yüksek bağımlı olma olasılığı kadınlara göre 2,6 kat yüksektir (OR=2.58, %95 GA: 1.56–4.27, $p<0.001$). Sigara başlama yaşındaki her bir yıl artış bağımlılık olasılığını %17 azaltmaktadır (OR=0.83, %95 GA: 0.75–0.92, $p<0.001$). Nitel analizde beş ana tema belirlenmiştir: Sigaranın psikolojik ve duygusal işlevi, elektronik sigara deneyimi, bırakma niyetleri ve engeller, yaşam doyumu ve mesleki tutarlılık, tütün kontrol politikalarına bakış. Sağlık alanı öğrencileri sigarayı çoğunlukla stresle başa çıkma ve sosyal aidiyet aracı olarak tanımlamıştır. Başlangıçta merak, akran etkisi ve "yasak olana yönelim" öne çıkarken, zamanla sigara "sohbetin, molanın ve rutinin bir parçası" hâline gelmiştir: "Önemli bir şey anlatacağım deyip önce bekle, sigara yakayım diyorduk" (Kişi-11). Katılımcılar en

çok stresli anlarda sigaraya yöneldiklerini, bazı dönemlerde ise "mutluluk sigarası" söylemiyle kullanımın sürdüğünü belirtmiştir. Bazıları sigarayı "güvende hissettiren" bir araç olarak tanımlamış (Kişi-5), zamanı "iki dal sigara = on beş dakika" biçiminde yönettiklerini ifade etmiştir (Kişi-12). Elektronik sigara aromatik yapısı ve kokusuzluğu nedeniyle çekici bulunmuş, ancak çoğu katılımcı tarafından "yapay" ve "çocuksu" bir deneyim olarak değerlendirilmiştir (Kişi-8). Klasik sigaranın duyusal özellikleri "daha otantik ve rahatlatıcı" bulunmuştur (Kişi-11). Bazıları e-sigarayı "daha zararlı" görmüş (Kişi-10), fiyatını yüksek ama kullanımını kolay bulmuştur (Kişi-13). Sigarayı bırakma isteği yaygın olmakla birlikte bağımlılığın "zihinsel" yönü öne çıkmıştır: "Durmadan sigara mı içsem düşüncesi olmasın istiyorum" (Kişi-4). Sağlık ve performans kaygısı bırakma motivasyonunu artırırken, stres ve kilo kaygısı süreci zorlaştırmıştır. Kadınların sigara içmesi daha fazla yadırganmış, sağlık öğrencisi olmanın sigarayla çeliştiği dile getirilmiştir. Paket uyarıları etkisiz, kapalı alan yasakları ise olumlu bulunmuş ve e-sigaraların da bu kapsama alınması gerektiği vurgulanmıştır. Bu bulgular, tütün kullanımının öğrenciler için kısa vadede stres düzenleme işlevi görürken, uzun vadede alışkanlık ve ritüel döngüsünü pekiştirdiğini göstermektedir.

Sonuç ve Öneriler

Sigara kullanımı sadece nikotin bağımlılığı değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal başa çıkma mekanizması olarak ifade edilse de çalışma sonucunda bağımlılığın bu etkisi yalnızca nitel görüşmelerde ortaya çıkmıştır. Erkek cinsiyet ve erken başlama yaşı bağımlılık riskini artırırken, yaşam doyumu koruyucu bir unsur olarak öne çıkmaktadır. Elektronik sigara ise zararsız algısına rağmen bağımlılığın sürmesine katkıda bulunmaktadır. Katılımcılar sigarayı başa çıkma mekanizması olarak ifade etse de, sigaranın başa çıkmada etkisiz olduğu gözükmektedir. Bu durum sağlık profesyoneli adaylarına yönelik tütün kontrol stratejilerinin, yalnızca bilgi aktarımına değil; stres yönetimi, kişisel farkındalık ve sosyal destek bileşenlerini içeren psikososyal yaklaşımlara odaklanması gerektiğini göstermektedir. Sonuç olarak, tütün kullanımıyla mücadelede öğrencilerin yalnızca alışkanlıklarını değil, stresle başa çıkma biçimlerini dönüştürmeye odaklanan yaklaşımlar sürdürülebilir başarı için anahtardır.

Anahtar Kelimeler: Başa çıkma stratejisi, elektronik sigara, nitel araştırma, tütün kullanımı

TAM METİN SÖZLÜ BİLDİRİ

[S209]
BİR EĞİTİM DENEYİMİ: HALK SAĞLIĞI VE SOSYAL BİLİMLER DERSİ

***Gökçe Hazar Otçu*[1], *Hacer Nalbant*[2], *Selma Karabey*[3]**
[1]*Antakya İlçe Sağlık Müdürlüğü*
[2]*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı*
[3]*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

Özet

Halk Sağlığı tıpta uzmanlık eğitimi müfredatında yer alan konular arasında sosyal bilimler de bulunmakta olup, bu alanda tıpta uzmanlık öğrencilerine temel bir eğitim verilmesi öngörülmektedir. Bu kapsamda İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda 3-7 Şubat tarihleri ilgili disiplinlerden eğitimcilerin katılımıyla yüz yüze bir eğitim kursu düzenlenmiştir. Derse dört farklı üniversiteden dokuz öğretim üyesi katılmıştır. Eğiticiler halk sağlığı, sosyoloji, antropoloji, psikiyatri ve psikoloji bölümlerinde görev yapmakta olan akademisyenlerden oluşmuştur. Eğitimin ilk günü eğitim sorumlusu tarafından katılımcılara (9 kişi) birer not defteri dağıtılarak, eğitim boyunca deneyimledikleri öğrenme sürecine ilişkin notlar almaları istenmiştir. Böylece katılımcı merkezli öğrenme günlüklerinin oluşması amaçlanmıştır. Ayrıca bir uzmanlık öğrencisi her dersin bitiminde dersi veren öğretim üyesi ile 8-10 dk süren görüşmeler yapmış, dersi anlatırken yaşadıkları duygu ve düşünceleri anlatmaları istenmiş, bilgilendirilmiş onamları alınarak görüşmeler video ile kaydedilmiştir. Öğrenme günlükleri ile katılımcı refleksiyonlarının alınmasının yanısıra, eğitimin tamamlanmasından yaklaşık altı hafta sonra (19 Mart 2025) niteliksel araştırma yöntemleri konusunda deneyimli, sosyoloji kökenli bir öğretim üyesinin (HN) kolaylaştırıcılığında eğitime katılan tıpta uzmanlık öğrencilerinden 8 kişi ile almış oldukları 5 günlük eğitim hakkında bir odak grup tartışması yapılmıştır. Katılımcıların ifadelerinde öne çıkan temalar halk sağlığı ve sosyal bilimler ilişkisi ve halk sağlığı ve sosyal bilimler dersinin devamı için öneriler olmuştur. Eğitime katılan halk sağlığı uzmanlık öğrencileri ve öğretim üyeleri eğitimin yeni işbirlikleri açısından da faydalı olacağını belirtmişlerdir.

Anahtar Kelimeler: halk sağlığı, sosyal bilimler, uzmanlık eğitimi, disiplinler arası eğitim

EXPLORING AN EDUCATIONAL EXPERIENCE: PUBLIC HEALTH AND SOCIAL SCIENCES COURSE

Abstract

Social sciences are included among the topics covered in the public health residency training curriculum, and it is envisaged that medical residents will receive basic education in this field. Within this scope, a face-to-face training course was organized by the Department of Public Health at Istanbul Faculty of Medicine between February 3–7, with the participation of educators from relevant disciplines. Nine faculty members from four different universities contributed to the course. The instructors were academics working in the fields of public health, sociology, anthropology, psychiatry, and psychology.

On the first day of the course, the training coordinator distributed notebooks to the nine participating residents and asked them to record their reflections on their learning experiences throughout the course, aiming to create participant-centered learning journals. In addition, after each session, a resident conducted 8–10-minute interviews with the instructor of that session, asking them to share their feelings and thoughts about the teaching experience. Informed consent was obtained, and the interviews were video recorded.

In addition to collecting learning journals and participants' reflections, approximately six weeks after the

completion of the training (on March 19, 2025), a focus group discussion was held with eight residents who had attended the five-day course. The discussion was facilitated by a faculty member with a background in sociology and experience in qualitative research methods. The themes that emerged from participants' narratives were the relationship between public health and social sciences, and suggestions for the continuation of the public health and social sciences course. Both residents and faculty members emphasized that the training would be beneficial in fostering new collaborations.

Keywords: public health, social sciences, residency training, interdisciplinary education

Giriş

Halk Sağlığı tıpta uzmanlık eğitimi müfredatında yer alan konular arasında sosyal bilimler de bulunmakta olup, bu alanda tıpta uzmanlık öğrencilerine temel bir eğitim verilmesi öngörülmektedir. Bu kapsamda İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda 3-7 Şubat tarihleri ilgili disiplinlerden eğitimcilerin katılımıyla yüz yüze bir eğitim kursu düzenlenmiştir. Bu eğitimle tıpta uzmanlık öğrencilerinin halk sağlığı uzmanı olarak sahada çalışırken gereksinim duyacakları sosyal bilim yaklaşımına ilişkin temel bir bakış açısı kazanmaları hedeflenmiştir. Eğitimin çerçevesi, hepsi tıp kökenli olan uzmanlık öğrencilerini sosyal bilimlerden özellikle sosyoloji, antropoloji ve psikoloji disiplinlerinin temel ilgi alanlarıyla tanıştırmak olarak belirlendi. Ön hazırlık aşamasında eğitimcilerle iletişime geçilerek, kendilerinden şu sorulara cevap aramayı kolaylaştıracak şekilde bir içerik hazırlamaları talep edildi:

- Sağlığın sosyal belirleyicilerini (eğitim, meslek, gelir, barınma, etnik köken, toplumsal cinsiyet, sosyal ağlar vb) ve sağlık üzerindeki etkilerini anlamak için sosyal bilimlerden nasıl yararlanabiliriz?
- Sağlığı etkileyen davranışlar (beslenme, fiziksel hareketlilik, tütün/alkol/madde kullanımı vb) nasıl oluşuyor? İnsanların içinde yaşadıkları toplumun ve kültürün bu davranışların oluşmasındaki rolü nedir? Bu davranışlarda olumlu yönde bir değişim sağlamak için sosyal bilimlerden nasıl yararlanabiliriz?
- Ruh sağlığının sosyal belirleyicilerini anlama konusunda sosyal bilimlerden nasıl yararlanabiliriz? Ruh sağlığı sorunları ve ruh sağlığı hizmetleri alma konusundaki damgalamayı (stigmayı) anlama ve mücadele etme konusunda sosyal bilimlerden nasıl yararlanabiliriz?
- Halk sağlığı alanında olumlu katkılar yapacak sosyal politika örnekleri neler olabilir? Bu politikaların geliştirilmesi ve uygulanmasında işbirlikleri nasıl kurulabilir?

Derse dört farklı üniversiteden dokuz öğretim üyesi katıldı. Eğiticiler halk sağlığı, sosyoloji, antropoloji, psikiyatri ve psikoloji bölümlerinde görev yapmakta olan akademisyenlerden oluştu. Eğitim programı ve eğitimciler Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. *Halk Sağlığı ve Sosyal Bilimler Ders Programı*

Tarih	Konu	Eğitimci
3 Şubat Pazartesi	Sağlığın sosyal belirleyicileri	
10.00-12.30	Halk sağlığının sosyal bilimlere neden ihtiyacı var?	Prof. Dr. Selma Karabey İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
13.30-15.00	Sosyolojik açıdan dezavantajlı gruplar	Prof. Dr. Ayşen Şatıroğlu İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü
15.15-16.30	Antropoloji penceresinden sağlığa bakış	Prof. Dr. Yüksel Kırımlı İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Antropoloji Bölümü
4 Şubat Salı	Sosyal Politika/Başarılı örnekler	
10.00-12.30	Antropoloji ve Halk Sağlığının kesişim alanı olarak Tıbbi Antropoloji	Prof. Dr. Mehmet Fatih Aysan Marmara Üniversitesi İnsan ve Toplum Bilimleri Fakültesi Sosyoloji Bölümü
13.30-14.30		
15.00-16.00	İnfertiliteyi sosyal ve kültürel bağlamda anlamak: Bir etnografik alan araştırması	Doç. Dr. Oya Topdemir Koçyiğit İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Antropoloji Bölümü
5 Şubat Çarşamba	Ruh sağlığının sosyal belirleyicileri	Prof. Dr. Okan Taycan Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı
10.00-12.30	Ruh sağlığının çevresel belirleyicileri	
13.30-14.30	Araştırma yoluyla etki yaratmak,	Doç. Dr. Güldem Baykal Büyüksaraç İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Antropoloji Bölümü
15.00-16.00	Bilgi üretimi ve sivil toplum	
6 Şubat Perşembe	Sağlık ve Hastalık Sosyolojisi	Prof. Dr. Temmuz Gönç Savran Anadolu Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümü
10.00-12.00		
13.30-15.30		
7 Şubat Cuma	Sağlık Psikolojisi	PhD(c) Eren Korkmaz İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikolojii Bölümü
10.00-12.00		
13.30-15.00	Eğitimin değerlendirilmesi	Prof. Dr. Selma Karabey İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
15.00-16.00		









Resim 1

Eğitimin Değerlendirilmesi

Eğitimin ilk günü eğitim sorumlusu tarafından katılımcılara (9 kişi) birer not defteri dağıtılarak, eğitim boyunca deneyimledikleri öğrenme sürecine ilişkin notlar almaları istenmiştir. Böylece katılımcı merkezli öğrenme günlüklerinin oluşması amaçlanmıştır.

Ayrıca bir uzmanlık öğrencisi her dersin bitiminde dersi veren öğretim üyesi ile 8-10 dk süren görüşmeler yapmış, dersi anlatırken yaşadıkları duygu ve düşünceleri anlatmaları istenmiş, bilgilendirilmiş onamları alınarak görüşmeler video ile kaydedilmiştir. Ardından bu video çekimlerinden yine aynı kişi tarafından içeriğindeki en çarpıcı bölümler alınarak yaklaşık 5 dakikalık, öğretim üyesi refleksiyonlarını konu alan bir video film hazırlanmıştır (https://youtu.be/wVeOzjswBwk?si=vLvHJqykKZ_rN3zq)

Öğrenme günlükleri ile katılımcı refleksiyonlarının alınmasının yanısıra, eğitimin tamamlanmasından yaklaşık altı hafta sonra (19 Mart 2025) niteliksel araştırma yöntemleri konusunda deneyimli, sosyoloji kökenli bir öğretim üyesinin (HN) kolaylaştırıcılığında eğitime katılan tıpta uzmanlık öğrencilerinden 8 kişi ile almış oldukları 5 günlük eğitim hakkında bir odak grup tartışması yapılmıştır. Katılımcıların ifadelerinde öne çıkan temalar halk sağlığı ve sosyal bilimler ilişkisi ve halk sağlığı ve sosyal bilimler dersinin devamı için öneriler olmuştur.

Halk Sağlığı ve Sosyal Bilimler İlişkisi

Dersin çıkış noktası halk sağlığının yalnızca tıbbi değil aynı zamanda sosyal bir yanı olmasıdır. Tıbbın sosyal yanına yönelen halk sağlığı uzmanlığı ya da eskiden daha çok kullanılan ifadeyle toplum hekimliği, sosyal bilimler ile birçok ortak ilgi alanlarına sahiptir. Ancak dersi alan öğrencilerin tıp fakültesi mezunu olmaları ve belki de bazılarının hayatlarında ilk defa bir sosyal bilim dersine katılmış olmaları bu kişiler açısından üzerinde konuşulmaya değer bir deneyim olmuştur. Odak grup tartışmasında da bu tema, hekimlerin sosyal bilimler ile ilgili deneyimleri üzerinde durulan konulardan biri olmuştur.

"…Bence biraz tıbba göre sosyal bir branşız zaten. O yüzden daha sosyal bilimlerle de yakın olmak bizim için önemli. Bakış açımızı genişletecek, politika uygulayacak ya da

yapacağımız zaman daha düzgün değerlendirebilmemizi sağlayabilecek bir konu bence…"(K1,30)

"…Benim için farklı olduğunu dinlemek, çünkü bizim muhtemelen 50 doktor bir araya gelsek, 50 sağlıkçı bir araya gelsek diyeyim ya da benzer şekilde yorumlayacağımız her şeyin sosyologlar tarafından nasıl bambaşka hiç aklıma gelmeyecek şekilde yorumlandığını görmek ilginçti, şaşırtıcı oldu açıkçası. O gün hatta interaktif yaptığı için de dersleri tartışma şansımız da oldu, güzeldi… (K2,31)

İfadelerde sosyal bilimcilere ulaşmanın, alanda çalışan kişilerin niteliğine ve temel bir sosyal bilim perspektifine sahip olmanın olası işbirliği ve katkı açısından önemine de vurgu yapılmıştır.

"…Bu iş biraz daha network işi gibi yani sosyal bilimlerle alakalı bir ortak bir program veya bir proje yapılacağı zaman kişinin çevresinde tanıdığı ve temasa geçip bu konuda yol yürüyebileceği, belki istişare edebileceği kişiler olursa tabii ki verim alınabilir ama çevresinde bu temasa geçebileceği veya o kişiyle temasa geçebilecek kişileri sunacak kişiler olmazsa çok da bir olumlu bir durum olmuyor. Yani mevzu o kişiye ulaşabilmek yani… (K3,30)

"…Bence çok uzak olduğumuz konular değil. Hani kıyısından köşesinden de olsa bir haberimizin olduğu, bildiğimizin olduğu konular ama farklı bir perspektif, farklı bir pencere sunduğunu düşünüyorum. Hani bu olaylara bakış açısından. Yoksa çok uzak değiliz. Sadece farklı pencereden bakabilmemizi sağladığını düşünüyorum. Genel olarak bahsedecek olursak daha doğrusu…"(K4,30)

Halk Sağlığı ve Sosyal Bilimler Dersinin Devamı için Öneriler

Odak grup tartışmasının ikinci kısmında ise katılımcılara dersin nasıl geliştirilebileceği sorulmuştur. Burada

katılımcılar sosyal bilimlerin farklı alanlarının da ders kapsamına alınabileceğini belirtmişlerdir. Bu açıdan vurgulanan dersler ekonomi, iletişim ve kamu yönetimidir. Bu geri bildirimin alınması katılımcıların dersi faydalı buldukları ve daha fazlasını talep ettikleri şeklinde de yorumlanabilir. Bir katılımcı kamu yönetimiyle ve farklı disiplinlerle ortak çalışmak gerektiğini; devletin işleyişi, bürokrasi, hukuk ve politikalar hakkında daha fazla bilgi sahibi olmanın önemli olduğunu dile getirdi.

"…Ekonomi olabilir bence. Ekonomiyle de ilgili birisi gelebilir. Bir de politika oluşturmak için. Politika oluşturalım diyoruz ama nasıl? Ne gerekiyor? Kimlerle? Paydaşlar

ne? Onları hiç bilmiyoruz. Hep tepede kalıp. Bir şey yazıyoruz ama sonra ne yapacağız?..." (K1,30)

"…Aslında iletişim yani sosyal bilimlerin tam olarak alanına giriyor mu bilmiyorum ama aslında iletişimle alakalı da bir şeyler öğrenmek bizim için çok faydalı olur çünkü örnek veriyorum aşı reddiyle alakalı çalışırken yaptığımız şey sadece hekimlik değil. Birçok noktada insanları bilgilendirmek, konuşmak, iletişim kurmak gerekiyor ve hem sosyal bilimleri yani kişileri analiz etsek de sadece tıbbi olarak değil sosyal bilimlerle de bir fikir sahibi olsak da bazen onu aktarmakta da sorun yaşıyoruz…"(K5,30)

"…Kamu yönetimiyle alakalı belki olabilir. Çünkü bizim aslında diğer bilimlerle çokça çalışmamız gerekiyor. Kaymakamlarla çalışmak gerekiyor, ortak noktada buluşmak gerekiyor. Devletin kamu tarafından yönetilişi ve bürokrasinin işleyişiyle alakalı biz belli şeyleri öğreniyoruz hukukla alakalı da politikalarla alakalı ama daha bürokratik kısmı ve daha kanunlar ya da farklı bir devlet yönetimiyle alakalı…"(K5,30)

Sonuç

Halk sağlığının temel misyonunun bir toplumun üyesi olan herkesin sağlıklı olabilmek için temel gereksinimlere erişimindeki eşitsizlikleri azaltmak olduğu düşünülürse sağlığın sosyal belirleyicilerini anlamak, bu doğrultuda gerekli politika ve uygulamaları geliştirerek hayata geçirmek için sosyal bilim desteğine olan ihtiyacımız kolayca anlaşılabilir (Şavran, 2022). Halk sağlığı disiplininin kapsama alanı bu eğitimde işlenen sosyoloji, antropoloji, sosyal hizmetler ve psikoloji dışında; ekonomi, iletişim, sağlık hukuku, kamu yönetimi gibi farklı alanlarla da kesişmektedir (Karabey, 2024). Oysa biyomedikal yaklaşım tıp disiplinini olduğu gibi, ne yazık ki halk sağlığı disiplininin 20.yüzyıldaki şekillenmesini de etkilemiş, halk sağlıkçılar da daha ziyade sağlığın bedensel boyutuna odaklanarak, bedensel hastalıkları ve bunların neden oldukları ölümleri önlemek için çaba harcamışlardır. (Can, 2024; Ören Çelik,& Karabey, 2024; Karabey, 2024). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) önderliğinde hazırlanan Temel Sağlık Hizmetleri Bildirgesi (Alma-Ata,1978), ardından Sağlığın Geliştirilmesi için Ottawa Şartı (1986) ile sağlığın sosyal boyutunun da önemine giderek daha çok vurgu yapılmıştır (DSÖ, 1986; DSÖ, 1978). Yine DSÖ çatısı altında 2006 yılında Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu kurularak, sağlık eşitsizliklerini azaltmak için insanların gündelik hayattaki

yaşama, çalışma, eğitim, barınma vb koşulları iyileştirmenin önemi üye ülkelere anlatılmaya çalışılmaktadır (DSÖ, 2008).

Halk Sağlığı ve Sosyal Bilimler dersinin, kısa süre sonra sahada halk sağlığı uzmanı olarak çalışacak olan hekimlerin sosyal bilimlerden nasıl yararlanabilecekleri konusunda temel bir bakış açısı kazanmalarına destek olduğu söylenebilir. Öte yandan eğitimci olarak görev alan akademisyenlerin çoğu da ilk kez halk sağlıkçılarıyla temas etmiş, halk sağlığının kapsama alanının genişliği karşısında etkilendiklerini ifade etmişlerdir. Eğitim sürecinde eğitimcilerle katılımcılar arasında geleceğe yönelik disiplinler arası işbirliği olasılıkları üzerinde de tartışmalar yapılmıştır. Özetle bu eğitim hem asistanlarımız, hem de eğitimcilerimiz açısından bir kazanımla sonuçlanmıştır.

Kaynaklar

1. *Can, İ. (2024). Bir sosyal bilim olarak tıp ya da sağlığın sosyal belirleyicileri. Olgu Sosyoloji Dergisi, 3(1), 18–29.*
2. *Karabey, S. (2024). Dünden bugüne halk sağlığı disiplini. Önal A. E., Karabey & S. Canbaz (Ed.), Halk sağlığı: Bugün ve her zaman (s. 1–15). https://doi.org/10.26650/B/LSB30LSB60.2024.032.001*

3. *Ören Çelik, M. M. & Karabey, S. (2024). Toplum ruh sağlığı. Önal A. E., Karabey & S. Canbaz (Ed.), Halk sağlığı: Bugün ve her zaman (s. 255–270). https://doi.org/10.26650/B/LSB30LSB60.2024.032.013*

4. *Şavran, T. G. (2022). Sosyal bilimler ve halk sağlığı. Sosyal Bilimler ve Sağlık Bülteni, 1, 7–12.*

5. *Karabey, S. & Ören Çelik, M. M. (2024). Sağlığın geliştirilmesi. Önal A. E., Karabey & S. Canbaz (Ed.), Halk sağlığı: Bugün ve her zaman (s. 233–254). https://doi.org/10.26650/B/LSB30LSB60.2024.032.012*

6. *Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ]. (1986). Sağlığın Geliştirilmesi İçin Ottawa Bildirgesi. Birinci Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansı, Ottawa, Kanada.*

7. *Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ]. (2008). Bir Nesilde Farkı Kapatmak: Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Üzerine Eylem Yoluyla Sağlık Eşitliği – Sosyal Belirleyiciler Komisyonu Nihai Raporu. Dünya Sağlık Örgütü.*

8. *Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ] & UNICEF. (1978). Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı Raporu: Alma-Ata, SSCB, 6–12 Eylül 1978. Dünya Sağlık Örgütü.[S210] Tam Metin Dosyasından Alınacak*

9. *Sağlık Sistemleri Bilimi: Halk Sağlığı ve Sağlık Meslekleri Eğitiminde Yeni Bir Paradigma*

TAM METİN SÖZLÜ BİLDİRİ

[S210]
HEALTH SYSTEMS SCIENCE: A NEW PARADIGM IN PUBLIC HEALTH AND HEALTH PROFESSIONS EDUCATION

Halil İbrahim Durak, Fatoş Hande Harmancı
World Health Organization, Azerbaijan Country Office

Introduction

World Health Organization defines health systems as "all the activities whose primary purpose is to promote, restore or maintain health" (De Savigny & Adam, 2009). Health systems are fundamentally socio-technical, driven primarily by human interactions rather than purely technical components. Unlike hardware or software systems, they involve complex emotional, physical, and social dimensions, making optimization through standard engineering approaches insufficient. Understanding health systems requires examining relationships and behaviors among clinicians, patients, caregivers, and community members. It also demands an analysis of how societal and environmental contexts influence these human dynamics. Health System Sciences (HSS) aim to systematically explore and improve these intricate interactions to enhance overall healthcare delivery and outcomes.

Conceptualizing Health Systems Science

HSS is rapidly emerging as the third pillar of medical and health professions education, alongside basic sciences and clinical sciences (Skochelak et al., 2020). This discipline emphasizes understanding how health systems function and how healthcare delivery can be systematically improved. HSS equips health professionals with critical skills in systems thinking, change management, policy, informatics, and population health. As global health challenges, such as pandemics and the burdens of chronic diseases, increasingly strain healthcare infrastructures, there is a growing recognition that clinical and biomedical knowledge alone is insufficient. Physicians, nurses, and policymakers must also understand the healthcare systems within which they work and how these systems influence patient and population health outcomes.

HSS integrates interdisciplinary fields such as public health, health economics, informatics, management, and policy-making, creating a holistic view of healthcare delivery. This systems-based approach is designed to address the complex nature of modern health challenges. While basic science encompasses fundamental biological knowledge, clinical science focuses on patient diagnosis and treatment, HSS addresses the broader context in which healthcare occurs. This includes how social determinants of health, such as housing, education, and socioeconomic status, affect patient outcomes, making it necessary for professionals to think beyond individual patient encounters and toward the improvement of entire healthcare systems (Skochelak et al., 2020).

Health System Strengthening through HSS

Health system strengthening involves creating resilient healthcare systems capable of effectively responding to crises and routine care needs. Through HSS, policymakers and healthcare professionals are trained to use evidence-based methods and technology to enhance healthcare delivery. For example, clinical informatics and digital health technologies enable healthcare systems to quickly respond to health threats through improved data management and service coordination.

One illustrative case is Rwanda's transformation after the 1994 genocide. Rwanda implemented robust community-based health insurance systems, strengthened primary care infrastructure, and established clear governance structures. These measures significantly improved health outcomes and prepared Rwanda to respond efficiently to COVID-19, achieving rapid and extensive vaccination coverage, significantly ahead of regional peers (Nkengasong & Tessema, 2020).

Conversely, the fragmented healthcare approach in the United States during COVID-19 highlighted the dangers of weak system integration. Despite having advanced medical infrastructure, inadequate coordination between public health and healthcare systems resulted in severe outcomes. This case emphasizes the importance of integrating HSS education into healthcare training to bridge these gaps effectively (Bilinski & Emanuel, 2020).

Complex Adaptive Systems in Healthcare

Health Systems Science draws heavily from the theory of complex adaptive systems (CAS). Healthcare systems are not linear or predictable; they consist of dynamic, interdependent components (patients, clinicians, hospitals, policies) that constantly adapt and evolve. This understanding shifts the perspective from rigid control to adaptive management that embraces uncertainty and continuous learning (Braithwaite et al., 2018).

The contrasting responses to COVID-19 in Italy's Lombardy and Veneto regions highlight the relevance of complex adaptive systems in healthcare. Veneto's community-based, decentralized strategy facilitated rapid adaptation and containment of the virus. In contrast, Lombardy's centralized, hospital-centric model experienced overwhelmed hospitals, illustrating how rigid systems are vulnerable during crises. These contrasting experiences underline the importance of flexibility and decentralized decision-making in managing complex health emergencies (Pisano, Sadun, & Zanini, 2020).

Integration of care across Public Health and clinical medicine

HSS emphasizes addressing population-level health determinants and integrating care across public health and clinical medicine. This integration enables more effective responses to pandemics, chronic diseases, and health inequities. The Ebola crisis in West Africa demonstrated that rapid health system strengthening and multi-sectoral approaches are critical for effective disease control. Countries lacking pre-existing robust systems struggled significantly, emphasizing the importance of comprehensive HSS frameworks (Gostin & Friedman, 2015).

HSS-trained professionals are adept at recognizing how external factors impact health outcomes. For instance, addressing the social determinants of health can significantly reduce chronic disease burdens by aligning medical interventions with broader public health initiatives (Marmot et al., 2008).

Change Management in Healthcare

Integrating HSS into healthcare practice involves substantial change management, which requires adaptable, inclusive leadership and iterative learning processes. Healthcare systems, particularly hospitals and educational institutions, often face resistance to change due to entrenched traditional practices and hierarchies.

Effective change management involves clearly communicated vision, participatory leadership, and continual adjustments based on feedback. Engaging multidisciplinary teams, including clinicians, public health workers, and patients, ensures broader buy-in and sustainable improvements. This collaborative approach aligns closely with HSS principles, fostering a resilient healthcare culture (Skochelak et al., 2020).

An excellent example of successful change management is the Veterans Health Administration's (VHA) effort to reduce hospital-acquired infections. Utilizing principles of HSS, VHA implemented nationwide quality improvement strategies based on robust data analytics, interprofessional collaboration, and continuous training, dramatically improving patient safety outcomes. This illustrates how systemic, data-driven change can significantly enhance healthcare quality and patient outcomes (Perlin et al., 2013).

Incorporating HSS into Health Professions Education

Educating health professionals in HSS prepares them to manage and lead healthcare improvement initiatives effectively. Medical schools worldwide are integrating HSS into their curricula to produce clinicians capable of systems-level thinking and leadership. Programs like the AMA's Accelerating Change in Medical Education Consortium have demonstrated significant benefits, preparing graduates to navigate and improve healthcare

systems proactively (Gonzalo et al., 2019).

- Core Domains: These include health care structures and processes, health care policy, economics, and management, clinical informatics and health information technology, population and public health, value-based care, and health system improvement [1] [2].
- Cross-Cutting Domains: These encompass leadership and change agency, teamwork and interprofessional education, evidence-based medicine and practice, professionalism and ethics, and scholarship [1] [2].
- Linking Domain: Systems thinking is identified as a linking domain, connecting various aspects of the curriculum [1] [2].

At Princess Nourah bint Abdulrahman University in Saudi Arabia, a systematic process was used to integrate HSS into the medical curriculum. This involved restructuring existing courses and adding new ones to cover core domains such as population health, health policy, and clinical informatics (Otman et al., 2023).

Incorporating HSS into Health Professions Education programs offers numerous benefits, including the development of a more comprehensive understanding of healthcare systems and the enhancement of skills necessary for effective healthcare delivery. However, this integration also presents several challenges, such as the need for curriculum restructuring and faculty development.

The following sections explore these potential benefits and challenges in detail.

Benefits of Incorporating Health System Sciences

- Enhanced Systems Thinking: HSS education fosters systems thinking, which is crucial for understanding the complexities of healthcare systems. This approach helps students appreciate the interactions between different components of healthcare delivery, leading to improved patient care and healthcare outcomes (Bian et al., 2024) (Lee et al., 2024).
- Focus on Health Equity: Integrating HSS with a focus on health equity can address disparities in healthcare delivery. By centering curricula around equity, students learn to consider social determinants of health and advocate for underserved populations, ultimately improving patient outcomes (Roy et al., 2024).
- Interprofessional Collaboration: HSS curricula often include interprofessional education, encouraging collaboration among healthcare professionals from various disciplines. This collaboration is essential for effective patient care and can be enhanced through systems engineering approaches (Ferreira et al., 2023) (Gonzalo et al., 2023).
- Preparation for Evolving Healthcare Needs: As healthcare systems evolve, HSS education equips future healthcare professionals with the skills needed to adapt to changes in healthcare policy, economics, and technology. This preparation is vital for providing value-based care and improving healthcare delivery structures (Othman et al., 2023) (Bharel et al., 2024).

Challenges of Incorporating Health System Sciences

- Curriculum Restructuring: Integrating HSS into existing curricula requires significant restructuring. This process involves identifying and modifying courses to include HSS content, which can be resource-intensive and time-consuming(Othman et al., 2023) (Yang et al., 2023).
- Faculty Development: Effective HSS education necessitates faculty who are well-versed in systems thinking and HSS principles. Developing such faculty requires investment in training and professional development programs(Yang et al., 2023) (Gonzalo et al., 2023). • Cultural and Institutional Resistance: Traditional medical education has focused primarily on basic and clinical sciences. Introducing HSS as a third pillar may face resistance from institutions and educators accustomed to conventional curricula(Yang et al.,

2023) (Na, 2023).

- Sustainability and Financial Support: Implementing and sustaining HSS programs require financial resources and institutional support. Ensuring ongoing funding and stakeholder buy-in is crucial for the long-term success of these programs(Gonzalo et al., 2023) (Djokoto, 2023).

While the integration of Health System Sciences into Health Professions Education programs presents challenges, it also offers significant opportunities to improve healthcare delivery and patient outcomes. Addressing these challenges requires a concerted effort from educational institutions, faculty, and healthcare professionals to embrace change and prioritize the development of comprehensive, systems-based curricula. This shift in focus can ultimately lead to a more equitable and effective healthcare system.

Furthermore, embedding HSS into educational standards and accreditation bodies reinforces its importance, ensuring continuous competency development throughout health professionals' careers. Such structured integration promotes long-term improvements in healthcare outcomes by fostering a workforce equipped to address system-wide challenges and drive sustainable changes.

Conclusion

Health Systems Science represents a significant medical and health sciences education and practice evolution. By emphasizing a systemic view, adaptability, and interdisciplinary collaboration, HSS offers a critical approach to addressing contemporary healthcare challenges. Its integration into medical education, policy formulation, and healthcare management ensures a more resilient, responsive, and equitable healthcare system. Policymakers and health educators are encouraged to prioritize HSS training and implementation, preparing healthcare professionals not just to provide better patient care but also to actively shape and continuously improve the healthcare system itself.

References

1. *Bian, J., Liu, N., Overgaard, S. M., Padman, R., Steel, P., Tiase, V. L., Whitcomb, C., Zhang, J., & Zhang, Y. (2024). Transdisciplinary perspectives for health systems science. 1(1). https://doi.org/10.1038/s44401-024-00002-3*

2. *Bilinski, A., & Emanuel, E. J. (2020). COVID-19 and excess all-cause mortality in the US and 18 comparison countries. JAMA, 324(20), 2100-2102.*

3. *Binagwaho, A., Mathewos, K., & Davis, S. (2020). Health equity in Rwanda: The new Rwanda, twenty years later. International Journal of Health Policy and Management, 9(3), 105-107.*

4. *Braithwaite, J., Churruca, K., Ellis, L. A., & Long, J. (2018). Complexity Science in Healthcare: Aspirations, Approaches, Applications and Accomplishments. Springer.*

5. *De Savigny, D. & Adam, T. Systems thinking for health systems strengthening. (World Health Organization, 2009).*

6. *Ferreira, S., Phelps, E., Abolmaali, S., Reed, G., & Greilich, P. (2023). Opportunities to apply systems engineering to healthcare interprofessional education. Frontiers in Medicine. https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1241041*

7. *Gonzalo, J. D., Chang, A., Wolpaw, D. R., & Skochelak, S. E. (2019). Health Systems Science curricula in undergraduate medical education: Identifying and defining a potential curricular framework. Academic Medicine, 94(2), 190-196.*

8. *Gonzalo, J. D., Hamilton, M. C., DeWaters, A., Munyon, R., Miller, C. E., Wolf, H., Wolpaw, D. R., & Thompson, B. M. (2023). Implementation and Evaluation of an Interprofessional Health Systems Science Professional Development Program. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000005144*

9. *Gostin, L. O., & Friedman, E. A. (2015). Ebola: A crisis in global health leadership. Lancet, 384(9951), 1323-1325.*

10. *Lee, H.-Y., Im, S. J., Shin, S., Kim, J.-A., & Song, J. (2024). Effect of Early Clinical Exposure based Health Systems Science course in the Korean Medical Education: A Prospective Observational Study. https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4941094/v1*

11. *Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Lancet, 372(9650), 1661-1669.*

12. *Nkengasong, J. N., & Tessema, S. K. (2020). Africa needs a new public health order to tackle infectious disease threats. Cell, 183(2), 296-300.*

13. *Othman, M., Al Shahrani, A. S., Almohanna, A. M., & Allabun, S. (2023). Integration of Health System Sciences: Process and Content at One Saudi Medical School. https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-3272565/v1*

14. *Pisano, G. P., Sadun, R., & Zanini, M. (2020). Lessons from Italy's response to coronavirus. Harvard Business Review. Retrieved from https://hbr.org/2020/03/lessons-from-italys-response-to-coronavirus*

15. *Plsek, P. E., & Greenhalgh, T. (2001). Complexity science: The challenge of complexity in health care. BMJ, 323(7313), 625-628.*

16. *Roy, M., Lee, R. S., & Furfari, K. (2024). Centering equity in a longitudinal health systems science curricula. Medical Teacher, 1–4. https://doi.org/10.1080/0142159x.2024.2313575*

17. *Skochelak, S. E., Hawkins, R. E., Lawson, L. E., Starr, S. R., Borkan, J., & Gonzalo, J. D. (Eds.). (2020). Health Systems Science (2nd ed.). Elsevier.*

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S211]
İSTANBUL'DAKİ BİR ÜNİVERSİTEDE TIP FAKÜLTESİ VE ÇOCUK GELİŞİMİ ÖĞRENCİLERİNİN KÜRESEL İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ FARKINDALIĞI

***Ayşe Seval Palteki*[1], *Mehmet Akif Sezerol*[2]**
[1]*Southern University of Science and Technology*
[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi*

Giriş-Amaç

Küresel iklim değişikliği etkisini, aşırı hava olayları, genişleyen hastalık bölgeleri ile yeni ve yeniden ortaya çıkan hastalıklar aracılığıyla her geçen gün daha fazla göstermektedir. Bu çalışmanın amacı iklim değişikliğinin etkileriyle mesleki hayatları boyunca karşılaşmaları olası olan geleceğin hekimlerinin ve gelecek kuşakları yetiştirecek olan çocuk gelişimi öğrencilerinin çevre ve küresel iklim değişikliği konusundaki farkındalık durumlarını değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem

Tanımlayıcı tipteki çalışmanın evreni İstanbul'daki bir tıp fakültesinin Dönem 1 ve Dönem 3 öğrencileri (180 dönem 1 öğrencisi ve 178 dönem 3 öğrencisi) ile aynı üniversitenin çocuk gelişimi bölümü öğrencileri (74 öğrenci) olmak üzere toplam 432 kişiden oluşmaktadır. Dönem 1 ve 3 öğrencilerinin seçilmiş olmasının nedeni anketlerin halk sağlığı dersleri öncesinde gerçekleştirilmiş olmasıdır. Evrenin tamamına erişilmesi hedeflenmiştir. Çalışmanın verileri 1-20 Ekim 2025 tarihleri arasında, çevrimiçi anket yoluyla Google Forms üzerinden sosyo-demografik soruların yanı sıra 2021 yılında Deniz ve ark. Tarafından geliştirilen "Üniversite öğrencileri küresel iklim değişikliği farkındalık ölçeği" kullanılarak toplanmıştır[1]. 5'li likert tipindeki sorulardan oluşan ölçekten alınan puan ortalamaları hesaplanarak, 1-2.33 arası düşük, 2.34-3.66 arası orta, 3.67-5 arası yüksek düzeyde farkındalık olarak kategorize edilerek yorumlanmıştır [1,2]. Çalışmanın bağımsız değişkenleri cinsiyet, okuduğu bölüm, sınıf, çevre sağlığı ve iklim değişikliği eğitimi alıp almama durumu olup, bağımlı değişkeni küresel iklim değişikliği farkındalık düzeyidir. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde ile sürekli değişkenler ise ortalama ve standart sapma ile gösterilmiştir. İstatiksel önemlilik düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiş olup, önemlilik testi olarak ki-kare kullanılmıştır. Ölçek kullanım izni ve etik kurul izinleri alınmıştır.

Bulgular

Çalışmaya toplam 203 kişi katılmıştır. Katılım oranı tıp fakültesi dönem 1 öğrencilerinde %61,1, dönem 3'te %25,8 ve çocuk gelişimi bölümünde ise %63,5 olmak üzere toplamda %47'dir. Katılımcıların %50,2' si kadın, %76,8'i tıp fakültesi öğrencisi olup %49,3'ü yurtta kalıyordu. Yaş ortalaması 19,85±1,97 olarak hesaplandı. Katılımcıların %58,6'sında iklim değişikliği farkındalığı yüksek düzeyde, %40,9'unda ise orta düzeyde bulundu. Kadın ve erkek arasında (X^2= 0,184; p = 0,668), çocuk gelişimi ve tıp öğrencileri arasında (X^2= 1,558; p = 0,212), çevre sağlığı ile iklim değişikliği eğitimi alanlar ve almayanlar arasında ((X^2=0,037; p = 0,847) ve (X^2= 1,138; p = 0,286)) ve sınıflar arasında (X^2= 3,811; p = 0,149) istatistiksel olarak önemli fark saptanmadı. Çalışmanın tanımlayıcı türde olması, yalnızca bir üniversitedeki öğrencilerle sınırlı olması ve katılım oranının çevrimiçi anket olması nedeniyle yeterli ancak temsil açısından düşük olması çalışmanın kısıtlılıklarındandır. Sonuçlar bu kısıtlılıklar göz önünde bulundurularak yorumlanmalıdır.

Sonuç ve Öneriler

Tıp fakültesi ve çocuk gelişimi bölümü öğrencilerinin çoğu küresel iklim değişikliği konusunda yüksek, geri kalanların önemli bir kısmı ise orta düzeyde farkındalığa sahiptir. Bu durum, sağlıkla ilişkili alanlarda iklim bilincinin genel olarak güçlü olduğunu ancak tüm öğrencilere eşit düzeyde yansımadığını göstermektedir. Müfredattaki ilgili derslere iklim ve çevre temalı içerikler eklenmesi, sosyal sorumluluk projeleriyle desteklenmesi ve disiplinler arası etkinliklerin düzenlenmesi farkındalığın artırılmasına katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Küresel iklim değişikliği, tıp fakültesi öğrencileri, çevre sağlığı, mezuniyet öncesi tıp eğitimi

TAM METİN SÖZLÜ BİLDİRİ

[S212]
A HEALTH SYSTEMS SCIENCE–ANCHORED CURRICULUM FOR COMMUNITY-BASED EDUCATION IN MEDICINE AND NURSING CURRICULUM: KARABAKH UNIVERSITY MODEL

Mehmet Akman[1], Günay Muradova[1], Günel İsaqova[1], Turan Turkoğlu[1], Süreyya Mammadova[1], Türkan Nabiyeva[1], Gülşah Ünsal Cafarov[1], Emil Mukhtarov[1], İkram Rustamov[1], Samir Babayev[1], Halil İbrahim Durak[2]
[1]Karabakh University Faculty of Medicine and Health Sciences
[2]World Health Organization Azerbaijan Country Office

Introduction and Aim

Across global health professions education, there is an increasing call to educate health professionals who are both clinically competent and socially accountable [1,2]. Traditional curricula often separate public health theory from clinical practice, resulting in fragmented learning and a limited understanding of population health determinants [3].

Community-based Education (CBE) in medicine represents a paradigm shift from traditional hospital-based medical training toward immersive learning experiences in community healthcare settings. This educational approach aims to better prepare future health professionals for real-world practice while addressing community health needs and promoting social accountability in medical Education [4]. CBE encompasses various educational models, including longitudinal integrated clerkships (LICs), community-based clinical rotations, service-learning programs, and community-oriented primary care education. These programs typically involve extended placements in community health centers, rural clinics, or underserved urban areas where students engage in comprehensive patient care under supervision [5]. The rationale for CBE is multifaceted. First, it addresses the need for healthcare professionals who understand and can work effectively in diverse community settings. Second, it provides students with exposure to primary care and preventive medicine, potentially influencing career choices toward addressing physician shortages in underserved areas. Third, it promotes the development of cultural competency and social awareness among future physicians and nurses[6].

Following the liberation of Karabakh, Azerbaijan initiated major reconstruction programs to rebuild its social, educational, and health infrastructure. Among these, Karabakh University was established in Khankendi as a flagship of renewal.

In 2024, a Presidential Decree formally established the Karabakh University Faculty of Medicine and Health Sciences (FMHS) and its University Clinic—a teaching hospital designed to anchor both education and service delivery.

The Faculty is guided by its Vision 2035 Strategic Plan, founded on innovation, integrity, compassion, and excellence. Its mission is to educate good persons — good doctors and nurses — and good citizens through a values-driven, community-focused curriculum. The Faculty's Medicine and Nursing program development was guided by the principles of competency-based, integrated, and socially accountable Education, fully aligned with the WFME 2020 Basic Medical Education Standards and the Community-based Medical Education Strategy, and implemented in a unique format.

This paper aims to share the initial experience of designing and implementing this model and to invite reflections and contributions from the wider community of medical and public health educators.

Methodology and Program Development Process

A comprehensive roadmap combined Kern's Six-Step Curriculum Development Model, the principles

of Competency-Based Education, and the ADDIE (Analysis, Design, Development, Implementation, Evaluation) framework to ensure structured and iterative progress from analysis to continuous evaluation. A multidisciplinary team of founding faculty members and advisors led sequential workshops that analysed national health-workforce priorities, formulated learning outcomes, and designed teaching–learning and assessment strategies consistent with WFME domains.

During the development phase, competency frameworks for both Medicine and Nursing were created with reference to international standards and CanMEDS roles. Implementation began with the recruitment and training of new faculty and the integration of digital, simulation, and community based learning environments.

Major milestones included the appointment of the founding dean (Autumn 2024), the international curriculum design workshop and the formation of the Advisory Board (April 2025), the three-week Faculty Development and Curriculum Design Camp in Baku (August 2025), and the official launch of the medical and nursing programs on 19 September 2025.

Key educational strategies include:

- Competency-Based and Integrated Curriculum, structured around five interdisciplinary strands: Foundations, Clinical Skills, Community & Population Health, Research & Health Systems Science, Arts & Humanities.
- Community-Based Education: fieldwork and population-health engagement in surrounding areas.
- Interprofessional Education: shared courses for medical and nursing students from the first year.
- Digital and Simulation-Based Learning, supported by a Learning Management System and skills laboratories.
- Faculty Development and Continuous Learning through a Center for Excellence in Teaching and Learning.
- Ethical Leadership and Professionalism reinforced by mentorship and humanities courses.

Governance was established through a matrix organizational model linking academic departments with cross-cutting committees on curriculum, assessment, quality assurance, and student affairs. All founding faculty were actively involved in decision-making, and elected student representatives joined curriculum meetings from the first semester, ensuring transparency and shared ownership.

Continuous quality improvement (CQI) mechanisms were integrated into governance and evaluation systems to maintain alignment with WFME standards and to build a sustainable, socially accountable educational model.

KUFMHS Community-Based Education Model

In KUFMHS, CBE serves as the core educational strategy for the MD and BSN curricula, linking Family Medicine (FM) and Public Health (PH) perspectives. The design integrates both disciplines through a conceptual spine inspired by the Community-Oriented Primary Care (COPC) framework, structured as a three-year longitudinal program during the pre-clinical period with a continuity of the same perspective in the clinical years (especially PHC clerkship and internship in the 4th and 6th year, respectively).

A dedicated core CBE group (experts from the disciplines of -Family medicine, public health and medical Education-, three nursing tutors, one pediatrician and one anesthesiologist, supported by young early career nurses) started to work on fine tuning of the program and simultaneously training of the trainers sessions on the specific context of the pillar were realized (2 hrs. of 8 sessions on public health and family medicine topics, 1 hr of 2 conferences and 3 hrs. of 3 program development workshops The development of the pillar's structure was based on educational theories of experiential learning (Kolb, 1984) [7], transformative learning (Mezirow, 1991) [8], and social constructivism (Vygotsky, 1978) [9].

The final outcome is a longitudinal three-year preclinical CBE pillar progressing from conceptual understanding (Year 1), to engagement (Year 2), and empowerment (Year 3).

Year	CBE Focus	Outputs
1 – Contextual Exploration of Health	Awareness & orientation / observe & understand → understanding social determinants, population data, complex interactions between individual and community health. health provision from the system science perspective	Community map, reflective journals. first encounter with patients and the micro community, including health care professionals,
2 – Integrating Practice and Knowledge	Engagement / engage & act → mini-CBE projects, small-scale community diagnosis, prioritization, and intervening at the micro-level.	Mini-project reports, field notebooks.
3 – Leading Change in Systems	Action & empowerment / evaluate & advocate → policy interface and leadership activities. Mezzo-level health promotion project design	Project dossier, monitoring plan.

The program design integrates two disciplinary spirals—FM and PH—interconnected through a COPC spine. Rather than treating COPC as a separate component, we used it as a connecting mechanism, ensuring that learning is experiential, reflective, and system-aware.

The COPC spine comprises four functional bands —Health Promotion, Disease Prevention, Treatment, and Rehabilitation —and an overarching Health System and Policy Interface layer. Learning evolves through three nested levels (Matryoshka model): Contextual exploration of Health, Integrating practice and knowledge, and Leading change in the system, corresponding to increasing complexity and autonomy. (Figure 1)

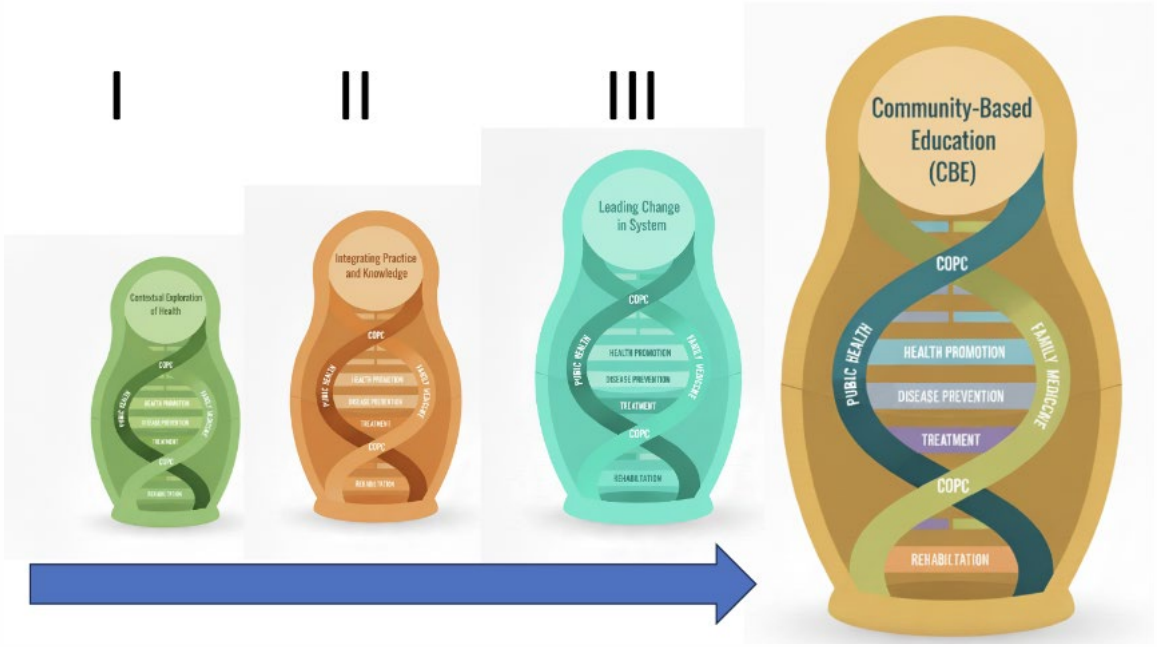


Figure 1: *Longitudinal CBE program (from left to right years are presented as I, II and III, and the biggest matryoshka on the right representing the whole program)*

The Community-Based Education line continues vertically into the clinical phase of the curriculum. In Year 4, during the Primary Health Care clerkship, medicine and nursing students will extend the themes learned in the pre-clinical years and apply them in real clinical and community contexts. Later, during the Year 6 internship period, an 8-week clerkship of the same title provides an advanced, practice-based experience in which students manage authentic community and primary-care cases, transforming earlier conceptual learning into direct field application for MD students.

The first-year Foundations program (freshman year) is the entry point to community-based and systems-oriented learning. It follows a student-learning narrative of four thematic blocks, exactly as designed in the curriculum.

Block	Dimensions	Theme	Focus
Blok 1.1. Cell, tissue, organ, system, organism & musculoskeletal-skin	Social & Epidemiological	*My Health, My Community*	Defining and measuring health; demographic and community interaction analysis.
Blok 1.2. Blood, immunity, respiratory, circulatory	Behavior & Environment	*My Health Behaviors and My Environment*	Behavioral risks, environmental exposure, ergonomics, and health asset mapping.
Blok 1.3. Nutrition, digestion, metabolism, endocrine I	Healthy Communities	*Protecting and Promoting the Health of Myself*	Health promotion, nutrition, physical activity, and community health planning.
		and My Community	
Blok 1.4. Nervous System, Sensory Organs, Urogenital, Reproductive, Endocrine II	Health Policy	*Health Governance for Promoting Well-being*	Health as a right, equity, PHC and UHC advocacy.

Assessment: 60% portfolio (reflective essays, reports, presentations) + 40% summative examination.

Teaching & Learning Activities: Combination of theoretical, group tasks and discussions, online panels, and practical/fieldwork sessions, reinforcing experiential and reflective competencies.

Discussion

KUFMHS- CBE Model embodies Health Systems Science by situating learning in real community contexts [2,10]. Integrating FM and PH through the COPC spine operationalizes system literacy, interprofessional collaboration, and social accountability. Students experience the dynamic link between individual and population health, enabling translation of theory into practice. The model's spiral learning structure supports the WHO vision for community-responsive Education and aligns with Boelen's 'Unity for Health' framework [11,12].

Conclusion

Karabakh University Faculty of Medicine and Health Sciences stands as a living example of educational innovation. Built under the WFME 2020 Standards and guided by the ADDIE model, its CBE program—illustrated by the Year 1 Foundations course—embeds social accountability, experiential learning, and interprofessional collaboration into the DNA of a new school.

The KUFMHS-CBE Model provides an actionable framework for integrating Family Medicine and Public Health in preclinical Education. By aligning Health Systems Science with experiential learning, we are aiming to cultivate system-aware, empathetic, and socially accountable graduates prepared to strengthen primary care and public health linkages.

We believe our initial works demonstrate that community orientation and system thinking can be foundational, not additive, in the rapid establishment of a modern health professionals education program.

References

1. *Frenk J et al. Health professionals for a new century. Lancet. 2010.*
2. *Skochelak SE et al. Health Systems Science. 2nd Ed. Elsevier; 2020.*
3. *Boelen C, Heck J. Defining and Measuring the Social Accountability of Medical Schools. WHO; 1995.*
4. *Ellaway, R., O'Gorman, L., Strasser, R., et al. (2016). A critical hybrid realist-outcomes systematic review of relationships between medical education programmes and communities: BEME Guide No. 35. Medical Teacher, 38(3), 229-245.https://doi.org/10.3109/0142159X.2015.1112894*
5. *Hunt, J., Bonham, C., & Jones, L. (2011). Understanding the goals of service learning and community-based medical Education: a systematic review. Academic Medicine, 86(2), 246-251.https://doi.org/10.1097/ACM.0B013E3182046481*
6. *Dornan, T., Littlewood, S., Margolis, S.A., et al. (2006). How can experience in clinical and community settings contribute to early medical Education? A BEME systematic review. Medical Teacher, 28(1),3-18. https://doi.org/10.1080/01421590500410971*
7. *Kolb D. Experiential Learning. Prentice Hall; 1984.*
8. *Mezirow J. Transformative Dimensions of Adult Learning. Jossey-Bass; 1991.*
9. *Vygotsky LS. Mind in Society. Harvard University Press; 1978.*
10. *Ehrenfeld JM, Gonzalo JD. Health Systems Science Review. Elsevier; 2023.*
11. *Boelen C. Towards Unity for Health. WHO; 1999.*
12. *Boelen C, Woollard B. Social accountability and accreditation. Med Educ. 2011.*

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S213]
BİR TIP FAKÜLTESİNİN TOPLUMA YÖNELİK SAĞLIK TARAMASI ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

***Fatma Betül Akçakaya Özer*[1], *Bedia Özyıldırım*[2], *Ceyda Acar*[2], *Semra Özçelik*[3]**
[1]*İstanbul Kağıthane İlçe Sağlık Müdürlüğü*
[2]*Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[3]*Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi Anabilim Dalı*

Giriş-Amaç

Toplum temelli sağlık taraması her tıp fakültesi öğrencisinin tecrübe etmesi gereken önemli bir uygulamadır. Halk sağlığı anabilim dalı olarak tıp fakültesi eğitiminde bu uygulamaları arttırıp hekimlerin toplum sağlığındaki önemli rolü desteklenmelidir. Bezmialem Vakıf Üniversitesi Halk Sağlığı anabilim dalı "Halk Sağlığı Günleri" adıyla yapılan sağlık taramasının kesitsel değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Üniversite bünyesinde yapılan "Halk Sağlığı Günleri" adlı etkinlik 2023-2024 ve 2025 yıllarında tekrarlı olarak gerçekleştirilen etkinlik mayıs ayının farklı günlerinde 5 gün sürecek şekilde planlandı. Öğrenciler ile çeşitli toplantılar yapıldı ve sorulacak sorular verilecek bilgi broşürleri kararlaştırıldı, tasarlandı ve basıma verildi. Anket için uygulama kolaylığı olması açısından online platformda hazırlandı. Etkinlik için üniversite aracılığı ile gerekli makamlardan resmi izinler alındı. Belirlenen ilçenin sık ziyaret edilen bir sosyal yaşam alanı seçildi. Alana kurulan 4 çadıra her gün gönüllü öğrenciler görevlendirildi. Öğrencilere gönüllü katılımcılara uygulayacakları anket anlatıldı tansiyon ve kan şekeri ölçümü hakkında bilgi verildi. Katılımcılara etkinlik hakkında bilgi verildikten sonra katılmaya sözlü onam veren herkese anket uygulandı; öğrencilerin gerekli gördüğü kişilere ise bilgi broşürü verildi, tansiyon ve kan şekeri ölçümü yapıldı. Ankette katılımcılara yaş, boy-kilo verileri, kronik hastalık ve ameliyat geçmişi, fiziksel aktivite, sigara-alkol alışkanlığı, toplam hane gelirini yeterli bulma, sağlık sorununda başvurulan sağlık kuruluşu çeşidi, düzenli sağlık kontrolüne gitme, aile hekimini tanıma, bu etkinliği faydalı bulma ve sonraki sene tekrarlanmasını isteme durumlarını sorgulayan sorular yöneltildi. Toplanan veriler toplum sağlığı taraması olarak kesitsel çalışmada değerlendirildi.

Bulgular

Çalışmaya 2023 yılında 488 2024 yılında 653 ve 2025 yılında 361 kişi olmak üzere toplam N=1502 kişi katılmıştır. Katılımcıların %69,7'si (n=1048)'i kadın olup yaş ortalaması 58,67±13,9 yıldır. Boy ortalamaları 163,63±9,3 cm olup ağırlık ortalamaları 74,36± 13,4 kg olarak ölçülmüştür. Katılımcıların %66,8'i (n=1006) evli, %81,4'ü (n=1223) çalışmamakta, %57,2'sinin (n=859) kronik hastalığı mevcut, %43,9'u (n=660) sağlık probleminde aile sağlığı merkezine başvurmaktadır. 344 kişinin(%22,9) açlık kan şekeri ölçülmüş olup ortalama değer 100,4 ± 28,54 olarak bulunmuştur. 1344(%89,4) kişinin tansiyonu ölçülmüş olup sistolik tansiyon ortalaması 126,4±14,7 diyastolik tansiyon ortalaması 76,9±18,6 olarak ölçülmüştür. Katılımcıların %81,8'ine (n=1229) öğrencilerin faydalı gördüğü bilgilendirme broşürü verilmiş. Katılımcıların %98,9'u(n=1495) Halk sağlığı günleri etkinliğini %98,8'i (n=1484) etkinliğin tekrarlanması gerektiğini düşünmektedir. Katkı ve öneriniz var şeklinde yöneltilen açık uçlu soruya 32 kişi etkinliğin çok faydalı bulunduğunu ve bunun için teşekkür ettiklerini belirtirken 12 kişi etkinliğin daha kapsamlı taramaları içermesi gerektiğini belirtmiş.

Sonuç ve Öneriler

Katılımcıların büyük çoğunluğunun etkinliği faydalı bulması, bu uygulamaların sağlık bilincini artırmada ve koruyucu sağlık hizmetlerine katılımı teşvik etmede etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Katılımcıların çoğunun kronik hastalığı bulunması ve önemli bir kısmının aile sağlığı merkezine başvurması, birinci basamak hizmetlerin toplum nezdinde güvenilirliğini ortaya koymaktadır. Bu tür halk sağlığı etkinlikleri, toplumsal

farkındalığı artırarak erken tanı ve koruyucu hizmetlere katılımı güçlendirebilir. Toplum temelli eğitimlerin hem tıp fakültesi öğrencileri hem de toplum bireyleri açısından çok yönlü yararlar sağladığı gösterilmiştir. Tıp fakültesi eğitiminde toplum temelli uygulamaların yaygınlaştırılması, birinci basamak hizmetlere güveni ve sağlık taramalarına katılımı artırabilecek önemli bir stratejidir.

Anahtar Kelimeler: Toplum temelli eğitim, sağlık taraması, tıp fakültesi, halk sağlığı

TAM METİN SÖZLÜ BİLDİRİ

[S214]
NORMAL DOĞUM EYLEM PLANI 20. HAFTA ARA İZLEME, DEĞERLENDİRME VE POLİTİKA RAPORU

Ayşegül Esin[1], Betül Zehra Pirdal[1], Çağrı Emin Şahin[1], Muhammed Atak[2]
[1]Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü
[2]Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş

Türkiye'de artan sezaryen doğumların oranı hem anne hem de bebek sağlığı üzerinde ciddi etkileri olan önemli bir halk sağlığı problemi olarak değerlendirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre doğum, 37–42. gebelik haftaları arasında kendiliğinden başlayan, düşük riskli bir gebelik sürecinin sonunda ve anne ile bebeğin sağlıklı olduğu doğal bir süreç olarak tanımlanır (1). Son yıllarda hem ülkemizde hem de küresel ölçekte sezaryen oranlarının artışı dikkat çekmektedir. Avrupa Perinatal Tıp Derneği (EAPM) ve Avrupa Ebeler Derneği (EMA) de 2024 yılında yayınladıkları ortak bildiride, ülke düzeyinde sezaryen oranlarının %15–20 aralığında tutulması gerektiğini, aksi takdirde doğum hizmetlerinde deneyim kaybı yaşanabileceğini ifade etmiştir (2).

Ülkemizde sezaryenle doğum oranlarının %60'ı aşması, yalnızca bireysel sağlık sonuçları açısından değil, aynı zamanda sağlık sisteminin uzun vadeli sürdürülebilirliği açısından da önemli bir tehdit olarak karşımıza çıkmaktadır. 2000'li yılların başında %20 civarında seyreden sezaryen oranı, 2013 itibarıyla %50'yi aşmış ve 2022'de %60,1'e ulaşmıştır (3). Bu oran, Türkiye'yi dünya genelinde en yüksek sezaryen oranına sahip ülkeler arasında göstermektedir. Özellikle özel hastanelerde sezaryen oranı %74,2 gibi oldukça yüksek seviyelere çıkarken, kamu hastanelerinde bu oran %41,8'de kalmıştır. 2018–2023 yılları arasında incelenen 6 milyon doğumun %57,6'sı sezaryen, %28,8'i primer sezaryen olarak gerçekleşmiştir (4).

Tıbbi zorunluluklar doğrultusunda yapıldığında sezaryen doğum hayat kurtarıcı olabilir; ancak gereksiz uygulandığında anne ve bebek için hem kısa vadeli komplikasyonlar hem de uzun dönemli sağlık sorunlarına neden olabilmektedir. Annede enfeksiyon, kanama, yapışık plasenta ve sonraki gebeliklerde komplikasyon riski artarken; bebeklerde solunum sıkıntısı, bağışıklık sorunları ve anne sütüyle beslenmede gecikme gibi sonuçlar gözlenmektedir (5, 6). Buna karşılık, normal doğumda müdahale gereksinimi daha azdır, iyileşme süresi daha kısadır ve hem anne hem de yenidoğan için fizyolojik avantajlar fazladır. Literatürde normal doğumun annede komplikasyon risklerini azalttığı, bebekte solunum fonksiyonlarının daha hızlı geliştiği ve bağışıklık sisteminin güçlendiği litaratürde bildirilmiştir (1,7).

Türkiye'de sezaryen oranlarının bu denli yüksek seyretmesinin ardında çok boyutlu nedenler bulunmaktadır. Kadınlar arasında doğum korkusu (tokofobi), doğumun ağrılı ve travmatik olacağına dair yanlış algılar, sezaryenin daha güvenli olduğu yönündeki toplumsal inanışlar ve sosyoekonomik farklılıklar bu tercihi şekillendirmektedir. Sağlık çalışanları açısından ise yoğun iş yükü, doğum süresini kısaltma isteği ve en önemlisi malpraktis endişesi sezaryeni cazip hale getirmektedir (8). Bu faktörler bir araya geldiğinde, sezaryen oranları tıbbi gerekliliklerin ötesine geçerek hızla artmaktadır.

Uluslararası örnekler, bu durumun yalnızca Türkiye'ye özgü olmadığını göstermektedir. Brezilya'da sezaryen oranı %55, Amerika Birleşik Devletleri'nde %31, İtalya'da %35 iken, İsveç'te %17 düzeyindedir. Türkiye'nin %60'lık oranı ise OECD ülkeleri arasında en yüksek değerlerden biridir ve küresel ortalamanın (%21) çok üzerindedir (9).. Bu tablo doğum bakımında kapsamlı bir politika değişikliğini zorunlu kılmaktadır. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı tarafından Ekim 2024 yılında başlatılan Normal Doğum Eylem Planı, ulusal sağlık politikalarında kritik bir dönüm noktasıdır. Plan, yalnızca sezaryen oranlarını düşürmeyi değil; aynı zamanda normal doğumun avantajları konusunda farkındalık yaratmayı, ebe merkezli doğum bakımını güçlendirmeyi ve anne dostu hastane standartlarını yaygınlaştırmayı amaçlamaktadır (10).

Politika Çerçevesi

NDEP, On İkinci Kalkınma Planı'nda yer alan nüfus ve yaşlanma başlığı ile tam uyumlu olarak geliştirilmiştir. Plan, Dünya Sağlık Örgütü'nün gereksiz sezaryenleri azaltmak için klinik dışı müdahale önerileriyle de paralellik göstermektedir.

Uygulama Süreci

Normal Doğum Eylem Planı (NDEP), toplamda 9 stratejik hedef, 14 eylem ve 43 ayrı faaliyet başlığını içeren çok boyutlu bir politika planı olarak tasarlanmıştır. Uygulamanın başlangıcında merkez ve taşra teşkilatı arasında güçlü bir koordinasyon sağlanmış, kısa sürede 81 ilin tamamında planın hayata geçirilmesi mümkün olmuştur.

Öne çıkan faaliyetlerden biri, tüm doğum yapılan hastanelerde gebe okulu açılmasının zorunlu hale getirilmesidir. Bu uygulama, gebelerin doğuma hazırlanması, doğum kaygılarının azaltılması ve normal doğum bilincinin artırılması açısından kritik bir adım olmuştur. Bununla birlikte, her gebeye ebe uygulaması devreye sokularak kadınların gebelik süreci boyunca kesintisiz ve bireysel bakım alması sağlanmıştır.

Ayrıca doğumhane çalışanlarına yönelik eğitim programları düzenlenmiş, ebelerin doğum yönetimindeki bilgi ve becerileri güçlendirilmiştir. Ebelik mesleğini destekleyici mevzuat düzenlemeleriyle birlikte "koordinatör ebe" uygulaması getirilmiş ve bu sayede planın saha düzeyinde sürdürülebilirliği güvence altına alınmıştır.

Anne dostu hastane standartlarının yaygınlaştırılması, planın bir diğer önemli faaliyetidir. Bu standartlar kapsamında doğum ortamlarının kadın dostu hale getirilmesi, gereksiz müdahalelerin azaltılması ve doğum sürecinde mahremiyetin korunması amaçlanmıştır.

Uygulama sürecinde yalnızca klinik müdahalelere odaklanılmamış, aynı zamanda iletişim kampanyaları da yürütülmüştür. Bu kampanyalar aracılığıyla yaklaşık yarım milyon kişiye yüz yüze eğitimlerle ulaşılmış, sosyal medya ve geleneksel medya kanallarında geniş bir görünürlük sağlanmıştır. Kamu spotları, radyo programları, yerel toplantılar ve sivil toplum kuruluşlarıyla ortak etkinlikler sayesinde, toplumun doğum tercihlerinde farkındalık yaratılması hedeflenmiştir.

İzleme ve değerlendirme süreçleri de uygulamanın ayrılmaz bir parçasını oluşturmuştur. Bu kapsamda 62 çıktı(output) göstergesi ve 2 sonuç(outcome) göstergesi (sezaryen ve primer sezaryen oranı) düzenli olarak takip edilmiştir. Yalnızca 20 haftalık bir dönemde 14 eylemden 8'inin %100 tamamlanmış olması, planın uygulanabilirliğini ve etkinliğini ortaya koymaktadır.

Metodoloji

40 haftalık Normal Eylem Planının Ara Değerlendirilmesi için 8 değerlendirme kriteri seçilmiş ve her kriter için anahtar sorular oluşturulmuştur.

1. Uygunluk/İlgililik:Hedeflerin problemleri çözme açısından uygunluğu ve diğer hedeflerle tutarlılığıdır.
2. Etkinlik:Hedeflere, çıktı ve sonuçlar açısından ulaşmasıdır.
3. Yararlılık:Müdahalelerin, genel hedeflerin gerçekleşmesi üzerindeki katkısıdır. Müdahale ile ortaya çıkan doğrudan veya dolaylı, kasıtlı veya kasıtsız, olumlu ve olumsuz değişimlerdir.
4. Verimlilik:Nitelik, nicelik ve zaman açısından girdilerin çıktılara ne kadar ekonomik bir biçimde dönüştürüldüğünü ifade etmektedir.
5. Sürdürebilirlik:Yararlanıcıların değerlendirme bulgularını sahiplenmesi, kurumsal ve yönetim kapasitesinin geliştirilmesi konuları ile ilgili bir değerlendirme ölçütüdür.Eylem Planının başlangıç finansmanı veya uygulama aşamasının sona ermesinin ardından uzun vadeli etkisini ve devam eden etkinliğini ifade eder.

6. Eşitlik:Eşitlik, Eylem Planın hedef nüfusun tüm kesimlerine, özellikle kırılgan/ savunmasız gruplara ulaşımını değerlendirir.

7. Toplum Katılımı:Toplum katılımı, hedef nüfusun Eylem Planının tasarımı, uygulanması ve değerlendirilmesine ne derece dahil olduğunu değerlendirir.

8. İşbirliği ve Ortaklık:İşbirliği, Eylem Planında yer alan çeşitli paydaşlar arasındaki işbirliği ve koordinasyon düzeyini değerlendirir.

9. Savunuculuk: Normal Doğumu desteklemek, savunmak ve bu konuda farkındalık yaratmak amacıyla yapılan faaliyetlerin değerlendirilmesidir. Değerlendirme kriterleri yanı sıra sahada eylem planının yürüten kişiler ile de derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Ara Değerlendirme 12.01- 10.02.2025 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş, 6 Mart 2025 tarihinde üst yönetime sunulmuştur.

20. Hafta Ara Dönem Bulguları

20 haftalık uygulama süreci sonunda, sezaryen oranlarında belirgin bir azalma gözlemlenmiştir. Toplam oran %62,7'den %61,9'a, ilk kez sezaryen olanlarda ise oran %33'ten %31'e düşmüştür. Bu sonuç plan öncesine göre 1,9'luk %5'lik bir azalmaya işaret etmektedir.

Yıl sonuna kadar hedeflenen %5'lik düşüş 20. haftada gerçekleştirilmiştir. 14 eylem maddesinin 8'i %100 tamamlanmış, iletişim çalışmaları kapsamında yarım milyon kişiye ulaşılmıştır. Sosyal medyada 31.507 paylaşım ve 410.432 beğeni elde edilmiştir.

Politika Değerlendirme Kriterleri

Normal Doğum Eylem Planı, uygunluk açısından değerlendirildiğinde hem ulusal hem de uluslararası politika belgeleriyle yüksek düzeyde örtüşmektedir. On İkinci Kalkınma Planı'nda nüfus dinamikleri ve anne-bebek sağlığının güçlendirilmesi öncelikli hedefler arasında yer alırken, NDEP bu hedeflerin somut bir politika aracı olarak uygulamaya geçirilmesini sağlamaktadır. Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü'nün "gereksiz sezaryenleri azaltmak için klinik dışı müdahaleler" başlıklı kılavuzunda önerilen stratejilerle (eğitim, iletişim kampanyaları, ebe liderli doğum modelleri) uyum göstermektedir (11). Bu nedenle uygunluk düzeyi 5/5 olarak değerlendirilmiştir.

Yararlılık açısından bakıldığında, eylem planında öngörülen müdahaleler (ebe eğitimi, gebe okullarının zorunlu hale getirilmesi, koordinatör ebelerin atanması) literatürde etkinliği kanıtlanmış uygulamalardır. Örneğin, ebe merkezli doğum bakımının maternal tatmini ve vajinal doğum oranlarını artırdığı; doğum öncesi eğitimlerin ise kadınların doğum tercihlerinde belirleyici olduğu pek çok çalışmada vurgulanmaktadır (6, 12). Bu bağlamda, NDEP'nin yararlılığı 5/5 düzeyinde kabul edilmektedir.

Verimlilik boyutunda, planın büyük ölçüde Bakanlık öz kaynaklarıyla yürütülmesi ve mevcut sağlık altyapısının etkin kullanılması, maliyet-etkinlik açısından önemli bir avantaj sağlamaktadır. Literatür, normal doğum oranlarının artmasının hem anne-bebek sağlığına katkı sağladığını hem de sağlık sistemlerinde mali yükü azalttığını göstermektedir (13). Bu nedenle NDEP'nin verimliliği 5/5 olarak puanlanmıştır.

Sürdürülebilirlik açısından, son dönemde yapılan mevzuat düzenlemeleri kritik bir rol oynamaktadır. Ebelik Yönetmeliği'nde yapılan değişiklikler, doğumhane çalışanlarına sağlanan ek teşvikler ve tüm doğum yapılan hastanelerde gebe okullarının zorunlu hale gelmesi, personel ve kurumsal sürdürülebilirliği desteklemektedir. Ayrıca, planın Cumhurbaşkanlığı himayesinde yürütülmesi, politik sürdürülebilirliğin garantörü niteliğindedir. Bu göstergeler ışığında, sürdürülebilirlik 5/5 olarak değerlendirilmiştir.

Eşitlik boyutunda ise plan, toplumun yaklaşık %90'ına ulaşmayı başarmış olmakla birlikte, özel hastanelerdeki yüksek sezaryen oranları nedeniyle dezavantajlı bir tablo devam etmektedir. Yüksek gelir gruplarının yoğun olarak başvurduğu özel sağlık kuruluşlarında sezaryen oranlarının %74'ün üzerinde olması (4), eşitlik açısından bir engel oluşturmaktadır. Bu nedenle eşitlik 4/5 olarak değerlendirilmiştir.

Toplum katılımı bakımından, planın tasarım sürecine Kadın Doğum Uzmanları Dernekleri, ebelik dernekleri, üniversiteler ve sivil toplum kuruluşlarının görüşleri dâhil edilmiştir. Ayrıca iletişim kampanyalarıyla yaklaşık yarım milyon kişiye ulaşılmış, saha toplantıları, eğitimler ve medya kampanyalarıyla geniş bir kitle bilgilendirilmiştir. Ancak planın kamuoyunda yanlış anlaşılmalar ve bilgi kirliliğiyle karşılaşması, bu boyutta istenilen düzeye ulaşılamadığını göstermektedir. Bu nedenle toplum katılımı 4/5 olarak değerlendirilmiştir.

İş birliği ve ortaklık kriteri, planın en güçlü yönlerinden biridir. Sağlık Bakanlığı'nın tüm genel müdürlükleri ve taşra teşkilatı olan 81 il sağlık müdürlüğü aynı hedef doğrultusunda sürece katılmış, kamu, özel ve üniversite hastaneleri ile ortak çalışmalar yapılmıştır. Açılış lansmanında politika yapıcılar, basın ve tüm paydaşların katılımı sağlanmış, ayrıca özel hastanelerle endikasyon denetimlerinin devreye alınması planlanmıştır. Bu nedenlerle iş birliği ve ortaklık 5/5 olarak değerlendirilmiştir.

Savunuculuk boyutunda, planın Cumhurbaşkanlığı himayesiyle başlatılması ve güçlü medya yansımaları kritik bir rol oynamıştır. Ulusal ve yerel düzeyde düzenlenen toplantılar, açılan stantlar, yayımlanan kamu spotları ve medyadaki geniş görünürlük, savunuculuk gücünü artırmıştır. Ancak kamuoyunda doğum tercihi üzerine süregelen tartışmalar nedeniyle henüz tam anlamıyla davranış değişikliği sağlanamamıştır. Bu nedenle savunuculuk 4/5 olarak değerlendirilmiştir.

Tartışma

NDEP, uygulamaya geçtiği ilk 20 haftada güçlü ve umut verici sonuçlar ortaya koymuştur. Kısa sürede primer sezaryen oranında 1,9'luk bir düşüş elde edilmesi, planın ulusal ölçekte doğum hizmetlerini dönüştürme potansiyelini göstermektedir.

Planın en önemli güçlü yanlarından biri, mevzuat düzenlemeleri ile desteklenmesidir. Ebelik Yönetmeliği'nde yapılan değişiklikler, doğumhane çalışanlarına ek teşvikler ve gebe okullarının zorunlu hale getirilmesi, sahadaki uygulamaları yalnızca proje düzeyinde değil, kurumsal yapıya entegre etmiştir. Bu durum, literatürde vurgulanan sürdürülebilirlik kriterleriyle uyumludur (12). Ayrıca ebe merkezli bakım modellerinin güçlendirilmesi, DSÖ'nün gereksiz sezaryenleri azaltmaya yönelik klinik dışı müdahaleler kılavuzunda öne çıkan stratejilerle doğrudan paralellik göstermektedir (11).

Bununla birlikte, elde edilen sonuçlara rağmen önemli sınırlılıklar ve zorluklar devam etmektedir. Özellikle özel hastanelerde sezaryen oranlarının %74'ün üzerinde seyretmesi, eşitlik boyutunda önemli bir sorun olarak öne çıkmaktadır. Bu durum, doğum hizmetlerinde kamu ve özel sektör arasında ciddi bir farklılığa işaret etmektedir. Ayrıca toplumda doğumla ilgili yanlış algılar ve bilgi kirliliği, normal doğumun teşvik edilmesinde önemli bir bariyer oluşturmaktadır. Literatürde doğum korkusunun (tokofobi) normal doğumdan kaçışta belirleyici olduğu ve bu algının hedeflenmiş iletişim stratejileriyle değiştirilebileceği vurgulanmaktadır (8).

Bir diğer kritik nokta, malpraktis algısının sağlık çalışanları üzerinde oluşturduğu baskıdır. Defansif tıp uygulamalarının yaygınlaşması, gereksiz sezaryenlerin artmasında önemli bir faktördür. Bu bağlamda, planın yalnızca anne ve ailelere değil, aynı zamanda hekimlere yönelik bilgilendirme ve destek mekanizmalarını güçlendirmesi gerekmektedir.

Son olarak, bu değerlendirme 20 haftalık ara dönem bulgularına dayanmaktadır ve kısa vadeli etkileri yansıtmaktadır. Uzun dönem sonuçların görülmesi, özellikle doğurganlık oranları, maternal mortalite-morbidite ve sağlık sistemi maliyetleri üzerindeki etkilerin izlenmesiyle mümkün olacaktır. Bu nedenle, planın devamlılığı ile düzenli olarak değerlendirilmesi ve bilimsel kanıtlarla desteklenmesi kritik öneme sahiptir.

Sonuç ve Politika Önerileri

Normal Doğum Eylem Planı'nın 20. hafta ara dönem bulguları, Türkiye'de kısa sürede primer sezaryen oranlarında anlamlı bir azalma sağlandığını ortaya koymaktadır. Mevzuat düzenlemeleri, ebe eğitim programları ve doğumhane temelli müdahaleler, uluslararası literatürde önerilen kanıta dayalı yaklaşımlarla uyumlu olarak planın sürdürülebilirliğini güçlendirmiştir. Bununla birlikte, özel hastanelerde yüksek sezaryen

oranlarının devam etmesi ve toplumda dolaşan bilgi kirliliği, planın etki gücünü sınırlayan iki temel sorun olarak dikkat çekmektedir. Bu noktada, denetim mekanizmalarının daha etkin işletilmesi, malpraktis algısının yönetilmesi ve defansif tıp uygulamalarının azaltılmasına yönelik hekimlere destekleyici bilgilendirme stratejilerinin geliştirilmesi önem arz etmektedir. Ayrıca, ebelerin doğum bakımındaki rolünü güçlendiren kadın merkezli modellerin yaygınlaştırılması, hem normal doğumun tercih edilmesini kolaylaştıracak hem de anne dostu bakım standartlarının güçlenmesini sağlayacaktır. Toplum odaklı sağlık iletişimi stratejilerinin bilgi kirliliğini azaltacak biçimde yeniden tasarlanması ve farklı sosyoekonomik gruplara erişimi artırması da katılım boyutunu güçlendirecektir.

Kaynaklar

1. *Desai NM, Tsukerman A. Vaginal Delivery. [Updated 2023 Jul 24]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559197/*
2. *Ayres-de-Campos, D., et al., EUROPEAN ASSOCIATION OF PERINATAL MEDICINE (EAPM) EUROPEAN MIDWIVES ASSOCIATION (EMA) Joint position statement: Caesarean delivery rates at a country level should be in the 15-20 % range. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2024. 294: p. 76-78.*
3. *T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023. 2025.*
4. *Ulgu, M.M., et al., Cesarean section rates in Turkey 2018-2023: Overview of national data by using Robson ten group classification system. Turk J Obstet Gynecol, 2023. 20(3): p. 191-198.*
5. *Duman, F.N. and Z. Gölbaşı, Artan sezaryen doğum oranının anne-bebek sağlığı üzerine etkileri ve sezaryen doğumların azaltılmasına yönelik stratejiler. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 2023. 17(1): p. 188-194.*
6. *Sandall, J., et al., Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children.The Lancet, 2018. 392(10155): p. 1349-1357.*
7. *Erenel, A.Ş. and S. Çiçek, Doğum şeklinin anne ve yenidoğan sağlığına etkisi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2018. 9(2): p. 123-129.*
8. *Filiz, M., Türkiye'de Sezaryen Ameliyatlarına Yönelik Politikaların Analizi. Artvin Çoruh Üniversitesi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi, 2020. 6(1): p. 74-83.*
9. *OECD. OECD Data Explorer, Surgical procedures. 2025; Available from: https://data-explorer.oecd.org/vis?lc=en&df[ds]=DisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_HEALTH_PROC%40DF_SURG_PROC&df[ag]=OECD.ELS.HD&df[vs]=1.1&dq=...CM74_CAE.....&pd=2010%2C&to[TIME_PERIOD]=false&vw=tb.*
10. *T.C. Sağlık Bakanlığı, Normal Doğum Eylem Planı. 2024.*
11. *WHO, WHO recommendations: non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. 2018.*
12. *Renfrew, M.J., et al., Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. The Lancet, 2014. 384(9948): p. 1129-1145.*
13. *Gibbons, L., et al., The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage. World health report, 2010. 30(1): p. 1-31.*

TAM METİN SÖZLÜ BİLDİRİ

[S215]
NORMAL DOĞUM EYLEM PLANI 40. HAFTA DEĞERLENDİRMESİ: ÇALIŞTAY RAPORU

***Bilge Betül Yılmaz*[1], Betül Zehra Pirdal[1], Çağrı Emin Şahin[1], Muhammed Atak[2]**
[1]*T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü*
[2]*T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, doğumun fizyolojik süreci desteklendiğinde kadının ve bebeğin sağlığı açısından en uygun sonuçlar elde edilebilmekte; bu bağlamda "normal doğum" (fizyolojik doğum) modeli önerilmektedir. Normal doğum; kadının aktif katılımını, doğum sürecine ait karar hakkını, mahremiyetin ve saygılı bakımın sağlanmasını, gereksiz müdahalelerin azaltılmasını içeren bir yaklaşım olarak tanımlanmıştır (1).

Bir yandan, küresel olarak sezaryen oranlarının yükseldiği; diğer yandan bu artışın anne-bebek sağlığı açısından riskler taşıdığı görülmektedir. DSÖ, sezaryen oranlarının gereksiz şekilde yüksek olmasını bir halk sağlığı sorunu olarak görmektedir (2).

Türkiye özelinde değerlendirildiğinde, doğum hizmetleri alanındaki mevcut durum ulusal sağlık politikaları açısından dikkat çekici bir tablo ortaya koymaktadır. Son yıllarda yapılan analizler, ülkede sezaryen oranlarının küresel ortalamaların oldukça üzerinde seyrettiğini göstermektedir. Türkiye'de 2018–2023 döneminde toplam sezaryen oranı yaklaşık %57,6, primer sezaryen oranı ise %28,8 olarak bildirilmiştir (3). Bu oran, Dünya Sağlık Örgütü'nün doğum hizmetlerinde önerdiği %10–15 aralığının yaklaşık dört katına karşılık gelmektedir (4). Ayrıca 2021 yılı verilerine göre Türkiye, 1000 canlı doğum başına yaklaşık 584 sezaryen oranı ile dünyada en yüksek oranlara sahip ülkeler arasında yer almaktadır (5).

Bu göstergeler, doğumun fizyolojik bir süreç olarak desteklenmesi yerine, tıbbi müdahalelerin ön planda olduğu bir doğum pratiğinin yaygınlaştığına işaret etmektedir. Nitel araştırmalar, sezaryen oranlarının artışında yalnızca klinik gerekliliklerin değil; sağlık sistemi örgütlenmesi, mesleki uygulama kültürü, malpraktis kaygıları ve toplumsal doğum algısı gibi çok boyutlu etmenlerin rol oynadığını göstermektedir (6).

Bu bağlamda, Türkiye'de "normal doğum"u teşvik eden politikaların geliştirilmesi ve uygulanması; hem anne-bebek sağlığının iyileştirilmesi hem de sağlık hizmetlerinin kalite, güven ve eşitlik boyutunda dönüşümü için kritik bir adım olarak değerlendirilmektedir.

Türkiye'de artan sezaryen oranlarının düşürülmesi ve normal doğumun teşviki amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Normal Doğum Eylem Planı (NDEP), 2024 yılı Ekim ayında başlatılmıştır. Planın temel amacı; anne ve bebek sağlığını koruyarak doğum hizmetlerinde tıbbi gereklilik dışında yapılan sezaryenleri azaltmak, doğumun fizyolojik sürecine saygılı, kanıta dayalı ve kadın merkezli bir bakım modelini ülke geneline yaymaktır. Politikanın uygulanması, mevzuat düzenlemeleri, ebelik mesleğinin güçlendirilmesi, eğitim altyapısının yaygınlaştırılması, dijital izleme sistemlerinin kurulması ve iletişim stratejilerinin geliştirilmesi gibi çok boyutlu bileşenlerle yürütülmüştür.

Bu çerçevede, politikanın ilk yıl uygulama sonuçlarını çok paydaşlı bir yaklaşımla gerçekleştirilen Normal Doğum Eylem Planı Çalıştayı bulguları ışığında değerlendirmek; sürecin güçlü yönlerini, karşılaşılan zorlukları ve geleceğe yönelik politika geliştirme alanlarını ortaya koymak amacıyla bu çalışma hazırlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Bu değerlendirme, 23 Temmuz 2025 tarihinde Ankara'da gerçekleştirilen Normal Doğum Eylem Planı 2. Aşama Çalıştayı bulgularına dayanmaktadır. Çalıştay, Halk Sağlığı, Kamu Hastaneleri, Sağlık Hizmetleri, Sağlık Bilgi Sistemleri ve Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüklerinin temsilcileri ile akademisyenler, meslek örgütleri

ve sivil toplum kuruluşlarının katılımıyla yapılmıştır. Dokuz tematik grup üzerinden; mevzuat ve denetim, ebelik hizmet modelleri, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının normal doğum eylem planına katkısını güçlendirme, sağlık okuryazarlığı ve gebe iletişimi faaliyetleri, anne dostu uygulamalar ve psikososyal destek, özel hastanelerde doğumhane hizmetlerinin güçlendirilmesi, birinci basamakta gebelik yönetimi, izleme, değerlendirme ve politika etkisi ile sağlık çalışanı iletişimi başlıklarında değerlendirmeler gerçekleştirilmiştir.

Bulgular

Politika uygulamasının birinci yılında, yapısal ve işlevsel düzeyde anlamlı ilerlemeler kaydedilmiştir.

Mevzuat ve Denetim: 2024–2025 döneminde Ebelik Yönetmeliği, Gebe Okulları ile Doğuma Yönelik Hizmetlerin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik ve Sağlık Meslek Mensuplarının Serbest Meslek İcrası Hakkında Yönetmelik yürürlüğe girmiştir. Bu düzenlemeler ile ebelerin görev, yetki ve sorumluluk alanları genişletilmiş; özel sağlık kuruluşlarına gebe okulu açma zorunluluğu getirilmiştir.

Ebelik Hizmet Modelleri: "Her Gebeye Ebe" uygulaması ülke genelinde başlatılmıştır. Ebelik eğitim müfredatları güncellenmiş, "uzman", "rehber" ve "sorumlu" ebe tanımları mevzuatla güvence altına alınmıştır.

Hizmet Sunumu ve Denetim: Kamu hastanelerinde gebe okulları yaygınlaşmış, anne dostu hastane sayısı artmış ve denetim süreçleri bilimsel endikasyonlara dayalı hâle getirilmiştir. Gereksiz sezaryen uygulamalarının azaltılması amacıyla yapılan denetimler sonucunda, rehber dışı uygulamalara yönelik idari uyarılar gerçekleştirilmiştir.

Dijital ve İzleme Sistemleri: Halk Sağlığı Yönetim Sistemi (HSYS) ve e-Nabız entegrasyonu aracılığıyla riskli gebelikler dijital ortamda izlenmeye başlanmış; "Koordinatör Ebe Modülü" ile veri temelli karar destek sistemi oluşturulmuştur.

İletişim ve Farkındalık: "Annelik Yolculuğu" mobil uygulaması 2025 yılı itibarıyla ulusal düzeyde erişilebilir hâle gelmiştir. 15 milyonun üzerinde sosyal medya erişimi sağlanmış, kamu spotları, dizi senaryoları ve yerel eğitim programları aracılığıyla normal doğum farkındalığı güçlendirilmiştir.

Performans ve Etki: İlk uygulama yılında kamu hastanelerinde sezaryen oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş saptanmış; bu durum, eylem planının sahadaki etkisinin göstergesi olarak değerlendirilmiştir.

Çalıştaydan Elde Edilen Öneriler

1. Mevzuat ve Denetim: Çalıştay katılımcıları, yayımlanan yönetmeliklerin önemli bir kazanım olduğunu; ancak özel hastanelerde mevzuata uyumun artırılması gerektiğini belirtmiştir. Denetim mekanizmalarının cezai değil, rehberlik temelli bir anlayışla yürütülmesi ve "Sezaryen Endikasyon Denetimleri"nin multidisipliner ekiplerle sürdürülmesi önerilmiştir.

2. İnsan Kaynağı ve Ebelik Hizmet Modelleri: "Her Gebeye Ebe" modelinin doğum bakımında süreklilik sağladığı vurgulanmış; ebe başına düşen gebe sayısındaki bölgesel farklılıkların giderilmesi ve ebelik istihdamının güçlendirilmesi önerilmiştir. Ayrıca "uzman" ve "rehber" ebe rollerinin sahada görünür kılınması gerektiği belirtilmiştir.

3. Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlarının Katkısı: Katılımcılar, Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum (SSVD) uygulamalarının yaygınlaştırılması, klinik rehberlerin güncellenmesi ve malpraktis korkusunu azaltacak yasal düzenlemelerin yapılmasının önemine dikkat çekmiştir. SSVD'nin Sağlık Uygulama Tebliği'ne (SUT) eklenmesi önerisi ortak görüş olarak dile getirilmiştir.

4. Toplumsal Farkındalık ve İletişim: Toplumda doğuma ilişkin yanlış algıların sürdüğü, doğumun "ağrılı ve riskli" bir süreç olarak görülmesinin sezaryen oranlarını artırdığı belirtilmiştir. Sağlık okuryazarlığını güçlendiren kampanyaların devam etmesi, normal doğum yapmış kişilerin rol modeli olarak sürece dâhil edilmesi ve "Annelik Yolculuğu" uygulamasının yaygınlaştırılması önerilmiştir.

5. Anne Dostu ve Psikososyal Yaklaşımlar: Doğum sürecinde mahremiyetin, eş katılımının ve duygusal desteğin güçlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. "Anne Dostu Hastane Programı"nın yalnızca fiziki koşullarla sınırlı kalmayıp, bakım kalitesi ve iletişim boyutlarını da içermesi gerektiği ifade edilmiştir.

6. İzleme ve Değerlendirme: HSYS ve e-Nabız sistemlerinin veri kalitesinin artırılması, performans göstergelerinin güncellenmesi ve illerin kendi izleme raporlarını düzenli aralıklarla yayımlaması önerilmiştir.

7. SSVD ve Klinik Uygulamalar: SSVD'nin yaygınlaşmasının önündeki altyapı eksiklikleri ve bilgilendirme yetersizlikleri belirlenmiş; pilot uygulamaların ulusal standarda dönüştürülmesi gerektiği vurgulanmıştır.

8. Özel Hastaneler ve Performans Yönetimi: Özel hastanelerdeki yüksek sezaryen oranlarının düşürülmesi için yalnızca idari denetimlerin değil, performans ve teşvik sistemlerinin de devreye alınması önerilmiştir.

9. Tıbbi Hata ve Hukuki Çerçeve: Hekim ve ebelerin olası komplikasyonlar karşısında yasal koruma eksikliği nedeniyle müdahaleci davranabildiği belirtilmiştir. Bu nedenle tıbbi hata tanımının yeniden ele alınması ve klinik karar süreçlerinde koruyucu yasal mekanizmaların geliştirilmesi önerilmiştir.

Tartışma

Normal Doğum Eylem Planı, Türkiye'de doğum hizmetlerinin yönetiminde kapsamlı bir paradigma değişimini temsil etmektedir. Politikanın ilk yılı, mevzuat, eğitim ve dijitalleşme eksenlerinde anlamlı ilerlemeler sağlandığını ortaya koymuştur. Ancak özel hastanelerdeki yüksek sezaryen oranları, malpraktis kaynaklı çekinceler ve doğuma ilişkin olumsuz toplumsal algılar, sürecin sürdürülebilirliğini zorlayan temel sorunlar olarak öne çıkmaktadır.

Eylem planının ikinci aşamasında, ebelik istihdamının artırılması, denetim kalitesinin güçlendirilmesi, SSVD'nin klinik ve mali yönden teşvik edilmesi, özel sağlık sektöründe performans temelli denetim sistemlerinin kurulması ve iletişim kampanyalarının toplumsal normları dönüştürecek biçimde uzun vadeli planlanması önerilmektedir. Bu bütüncül yaklaşım, anne ve bebek sağlığını korumanın yanı sıra doğum hizmetlerinde kalite, güven ve eşitliğin artırılmasına katkı sağlayacaktır.

Sonuç ve Öneriler

Normal Doğum Eylem Planı'nın ilk fazı, doğum hizmetlerinde politika temelli bir dönüşümün mümkün olduğunu göstermiştir. Ancak sürdürülebilir başarı için;

- Malpraktis düzenlemelerini hakkında bilgilendirmelerin yapılması,
- Özel sektör denetimlerinin etkinleştirilmesi,
- Ebelik mesleğinin görünürlüğünün artırılması,
- Veriye dayalı izleme-değerlendirme sistemlerinin güçlendirilmesi,
- Toplumsal algının düzeltilmesi için iletişim faaliyetleri ve sağlık okuryazarlığı stratejilerinin uzun vadeli olarak sürdürülmesi gerekmektedir.

Bu kapsamlı yaklaşım, anne ve bebek sağlığını güçlendirirken doğum hizmetlerinde güven, kalite ve eşitliğin artmasını sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. *World Health Organization. Individualized, supportive care key to positive childbirth experience. (15 Feb 2018).*
2. *World Health Organization. Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access [Internet]. 2021 Haziran 16 [25 Ekim 2025]. Available from: https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access 3. Ulgu MM, Birinci S, Altun Ensari T, Gözükara MG. Cesarean section rates in Turkey 2018-2023: Overview of national data by using Robson ten group classification system. Turk J Obstet Gynecol. 2023 Sep 4;20(3):191-198.*

4. *World Health Organization. Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access [Internet]. 2021 Jun 16 [26 Ekim 2025] Available from: https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access*

5. *World Population Review. C-Section Rates by Country 2025 [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 26]. Available from: https://worldpopulationreview.com/country-rankings/c-section-rates-by-country*

6. *Birinci Ş, Parpucu ÜM. When a caesarean section is necessary: Analysis of cesarean sections performed in the Republic of Turkey in 2022 in accordance with the World Health Organization Multi-Country Research Guidelines. Turk J Obstet Gynecol. 2023 Sep 4;20(3):184-190*

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S216]
TÜRKİYE'DE 2017-2024 DÖNEMİNDE ANA-ÇOCUK SAĞLIĞI GÖSTERGELERİNİN EĞİLİMİ: RESMİ İDARİ KAYITLARA DAYALI TANIMLAYICI ZAMAN SERİSİ ANALİZİ

Kezban Yavuz Emik
T.C. Sağlık Bakanlığı, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, Sultanbeyli İlçe Sağlık Müdürlüğü

Giriş-Amaç

Ana-çocuk sağlığı göstergeleri sağlık sistemlerinin performansını izlemek için temel ölçütlerdir. Türkiye'de doğum bakımı kapsamı çok yüksek düzeyde seyretmekte, buna karşın doğum şekli ve bazı ölüm hızlarında dönemsel dalgalanmalar gözlenmektedir. Bu çalışma 2017-2024 dönemindeki eğilimleri özetlemeyi ve bebek, neonatal, postneonatal, beş yaş altı ölüm hızları ile anne ölüm oranı, hastanede doğum, sezaryen ve primer sezaryen oranları, antenatal bakım kapsamı ve ilgili birim-personel göstergelerindeki değişimi tanımlamayı amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem:

İkincil veri analizi yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllıkları 2017-2023 ve 2024 Yıllığı Haber Bülteni kullanılarak yıllık seriler birleştirilmiştir. 2017-2024 mutlak ve yüzde değişimler hesaplanmıştır. 2020 yılı anne ölüm oranı verisi bulunmadığı için eğilim değerlendirmesi mevcut yıllarla sınırlandırılmıştır.

Bulgular

Bebek ölüm hızı, tüm haftalarda 9,1'den 8,9'a gerilemiştir (-%2,2); 28 hafta ve üzeri 6,8'den 6,5'e inmiştir (-%4,4). Perinatal ölüm hızı, tüm haftalarda 11,0'dan 10,4'e düşmüştür (-%5,5); 28 hafta ve üzeri 7,2'den 6,3'e gerilemiştir (-%12,5). Neonatal ölüm hızı, tüm haftalarda 5,8'den 5,6'ya inmiştir (-%3,4); 28 hafta ve üzeri 3,8'den 3,5'e gerilemiştir (-%7,9). Postneonatal ölüm hızı, tüm haftalarda 3,3' te sabit kalmıştır; 28 hafta ve üzeri 3,0'da sabit kalmıştır. Beş yaş altı ölüm hızı, tüm haftalarda 10,9'da sabit kalmıştır; 28 hafta ve üzeri 8,6'dan 8,5'e hafifçe gerilemiştir (-%1,2). Anne ölüm oranı 14,6'dan 11,5'e düşmüştür (-%21,2). Hastanede gerçekleşen doğumların payı 98,0'dan 99,4'e yükselmiştir (+%1,4). Sezaryen oranı 53,1'den 61,2'ye çıkmıştır (+%15,3); primer sezaryen 25,7'den 32,2'ye yükselmiştir (+%25,3). En az bir antenatal ziyaret kapsamı 99,7'den 99,6'ya sınırlı düşüş göstermiştir (-%0,1). Aile hekimliği birimi 25.198'den 28.845'e artmıştır (+%14,5); ASM 7.774'ten 8.228'e yükselmiştir (+%5,8); İlçe SM/TSM 972'den 973'e çıkmıştır (+%0,1); toplam ebe sayısı 53.741'den 61.618'e yükselmiştir (+%14,7). ÇEKÜS birimi 177'den 90'a gerilemiştir (-%49,2); ÇEKÜS hekime müracaat 646.856'dan 209.535'e düşmüştür (-%67,6).

Sonuç ve Öneriler

2017-2024 döneminde anne ölüm oranı düşmüş, bebek ve neonatal ölüm hızları sınırlı iyileşme göstermiş, beş yaş altı ölüm hızında 2023'te geçici bir artış izlenmiş ve 2024'te eski düzeyine dönmüştür. Hastanede doğum ve antenatal kapsam çok yüksek seyretmektedir. Bununla birlikte Sezaryen ve primer sezaryen oranları artmaya devam etmektedir. Aile hekimliği/ebe kapasitesi artmış, buna karşın ÇEKÜS yapı ve başvurularında belirgin gerileme yaşanmıştır. Antenatal bakım kapsamı çok yüksek düzeyde sürmekte, aile hekimliği birimi, ASM ve ebe sayılarındaki artış birinci basamağın güçlendiğini göstermektedir. ÇEKÜS birim sayısı ve hekime müracaatlar belirgin biçimde azalmış, bu gerileme hizmet erişimi ve sürekliliği açısından yakından izlenmelidir. Bulgular, sezaryen artışının klinik ve örgütsel belirleyicilerine odaklanan müdahalelerin güçlendirilmesi ve çocuk-ergen-kadın izlem hizmetlerinin sahada yeniden yapılandırılması gerektiğine işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ana-çocuk sağlığı, mortalite göstergeleri, birinci basamak kapasitesi, zaman serisi

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S217]
FACTORS INFLUENCING UNMET NEED FOR FAMILY PLANNING AMONG MARRIED NIGERIAN WOMEN

***Yasmin Aisha Ahmed*, Türkan Günay**
Dokuz Eylul University, Institute of Health Sciences, Department of Public Health

Introduction and Aim

Despite global progress in contraceptive use, Nigeria continues to experience rapid population growth and low family planning uptake. The slow pace of fertility decline underscores the urgent need to reposition family planning as a critical public health and development priority. This study was designed to investigate the determinants of contraceptive use, specifically evaluating the relationship between these outcomes and factors operating at the individual, spousal and community levels.

Material-Methods

This study employed a cross-sectional design utilizing secondary data from the 2018 Nigeria Demographic and Health Survey (NDHS). Dataset from the 2018 NDHS conducted by the National Population Commission (NPC) in collaboration with the National Malaria Elimination Program (NMEP) of the Federal Ministry of Health of Nigeria was used. In these surveys, data were collected using face-to-face data collection forms. The necessary permissions were obtained from the ICF International DHS program and the Dokuz Eylul Ethics Committee (Decision No: 2023/05-07, Protocol No: 7798-GOA). The independent variables of the study were categorized as follows: Woman's variables: Age; education level; ethnicity; religion; occupation; age at first cohabitation; residing with partner; ideal spacing between children (actual-ideal spacing); number of living children; gender of living children; number of deceased children; abortion history; ovulatory cycle knowledge; desire for children; knowledge of contraceptive methods. Spousal variables: Age; religion; education level; occupation; desire for a child. Household variables: Area of residence; residence area; household wealth index. The analytical sample was restricted to currently married women of reproductive age (15-49 years). Initial bivariate analyses were conducted to examine the associations between contraceptive use and a set of predetermined independent variables. To isolate the net effects of these factors, multivariate logistic regression was subsequently employed to analyze the influence of multi-level covariates on contraceptive use. The dependent variable is unmet need for family planning. This variable was categorized as unmet need for spacing, unmet need for limiting and total unmet need. According to the DHS survey, women are categorized into those who are contraceptive users and those who are not. Among nonusers, either postpartum amenorrhoeic or pregnant women are classified as having unmet needs if their pregnancy or last birth was unintended. On the other hand, women that are neither postpartum amenorrhoeic nor pregnant are further classified according to their fecundity. Fecund women who desire to stop or delay childbearing by no less than two years are identified as having an unmet need for family planning. Women with unmet need for family planning are then grouped according to whether they have unmet need for birth limiting or unmet need for birth spacing.

Results

This study's findings, derived from a sample of 27,841 currently married women, demonstrated significant geographical and ethnic inequalities in contraceptive use and unmet need for family planning. The total unmet need for family planning was calculated at 19.4%, composed of a 12.1% of women with unmet need for spacing and 7.3% with unmet need for limiting. Multivariate analysis identified several factors significantly correlated with total unmet need for family planning, including spousal age (AOR [95% CI] = 1.44 [1.15 – 1.80]; $p < 0.001$), cohabitation (AOR [95% CI] = 1.31 [1.16 – 1.47]; $p < 0.001$) and region of residence (AOR [95% CI] = 0.78 [0.64 – 0.95]; $p < 0.001$). In terms of reproductive intentions, the odds of having a total unmet need for contraception was higher for women whose husbands wanted more children (AOR [95% CI] = 1.16 [1.06 – 1.26]; $p < 0.001$).

Conclusion

This study provides critical evidence on the determinants of unmet need for family planning among women in Nigeria. To address Nigeria's persistently high unmet need for family planning, efforts should prioritize strengthening male involvement, improving women's knowledge of fertility and contraceptive options and expanding equitable access to quality family planning services, particularly in regions and ethnic groups with the highest unmet need. Culturally tailored community engagement, couple-focused counselling and strategies that address discordant fertility intentions between spouses are also critical. Implementing these measures can help reduce unmet need, support healthier birth spacing and accelerate progress toward Nigeria's reproductive and development goals. However, this study is limited by its cross-sectional design, its reliance on self-reported DHS data that may be affected by recall and social desirability bias and the use of secondary data. reproductive health and development goals.

Keywords: Unmet need, family planning, Nigeria

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S218]
EGE ÜNİVERSİTESİ PREKLİNİK TIP ÖĞRENCİLERİNDE MENSTRÜEL SAĞLIK BİLGİ DÜZEYİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Nilay Öner[1], İrem Şevik[2], Meltem Çiçeklioğlu[2]
[1]İzmir İl Ambulans Başhekimliği
[2]Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Menstrüel sağlık, cinsel sağlık ve üreme sağlığının (CSÜS) temel bileşeni olmasına rağmen, tıp eğitiminde dünya genelinde yeterince yer bulamamaktadır. Türkiye'deki sınırlı CSÜS eğitimi, tıp fakültesi öğrencilerinin menstrüasyon konusundaki bilgi düzeylerinin ve klinik uygulamalara hazırlıklarının yetersiz olmasına yol açabilir. Bu çalışma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinin preklinik (1,2 ve 3. sınıf) dönem öğrencilerinde menstrüel sağlık bilgi düzeyini ve ilişkili faktörleri incelemeyi amaçlamaktadır.

Gereç-Yöntem

Çalışma, 2022-2023 akademik yılında Ege Üniversitesi preklinik tıp öğrencileri arasında yürütülen kesitsel bir araştırmadır. e Örnek büyüklüğü %50 prevalans, %5 hata payı ve %95 güven aralığı ve 1,5 desen etkisiyle 425 hesaplanmıştır. Tüm preklinik sınıfların temsiliyetini sağlamak amacıyla katılımcılar her sınıf düzeyinden orantılı olarak seçilmiştir. Araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak geliştirilen 42 soruluk anket formunu tamamlayan 444 öğrencinin verileri analize dahil edilmiştir. Bilgi düzeyi, sağlıklı menstrüel döngü, menstrüel hijyen uygulamaları ile menstrüel hijyen ürünlerinin kullanımına ilişkin sorularla değerlendirilmiş, her bir doğru yanıt için "1", yanlış yanıt için "0" olmak üzere puanlama yapılarak toplam bilgi puanı hesaplanmıştır. Alınabilecek en yüksek puan 24'tür. Bağımsız değişkenler, sosyodemografik ve ekonomik özellikler, daha önce menstrüel sağlıkla ilişkili eğitim alma durumu ve menstrüel sağlık bilgi düzeyine ilişkin algıyı kapsamaktadır. Veriler SPSS 28.0 programında değerlendirilmiş, tanımlayıcı istatistikler, Student T-testi, One Way ANOVA, Kruskal-Wallis ve doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. $p<0,05$ anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir. Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmış (Karar No: 22-4.1T/22) ve tüm katılımcıların yazılı onamları alınmıştır. Yazarların çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması 19,44 ± 1,18 yıl ve %53,4'ü kadındır. Menstrüel sağlık bilgi puanı ortalaması 24 üzerinden 10,82 ± 5,23 olarak saptanmıştır. Kadın öğrencilerin bilgi düzeyi erkek öğrencilere göre anlamlı derecede yüksektir ($\beta = 0,437$, $p < 0,001$) ve bilgi düzeyi sınıf düzeyi arttıkça yükselmektedir ($\beta = 0,189$, $p < 0,001$). Üniversite öncesi menstrüel sağlık eğitimi, ebeveyn eğitim düzeyi ve gelir durumu nihai regresyon modelinde anlamlı bulunmamıştır. Katılımcıların %42,1'i üniversite öncesi menstrüel sağlık eğitimi aldığını belirtmiştir; ancak yalnızca %8,6'sı kendini bu konuda tam bilgili görmektedir, %41,5'i ise bilgisinin yetersiz olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %72,1'i bu konuda ek eğitim talep etmekte, %93,7'si ise hekimlerin menstrüel hijyen hakkında bilgi sahibi olması gerektiğini düşünmektedir. Menstrüasyonla ilgili ilk bilgi kaynağı olarak en sık anneler (%40,8) belirtilmiş, ancak en çok başvurulan bilgi kaynağının internet ve sosyal medya (%46,8) olduğu saptanmıştır. Menstrüel ürün bilgisi de cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

Sonuç ve Öneriler

İzmir'deki preklinik tıp öğrencileri arasında menstrüel sağlık bilgisi düzeyinde cinsiyete dayalı farklılıklar bulunmaktadır ve mevcut tıp müfredatı, bu alanda eşit bilgilenmeyi sağlayacak düzeyde değildir. Hem üniversite öncesi hem de tıp eğitimi sürecinde kapsamlı, kanıta dayalı ve toplumsal cinsiyet duyarlı menstrüel sağlık içeriklerinin müfredata dahil edilmesi gerekmektedir. Bilgi eşitliğinin sağlanması, geleceğin hekimlerinin menstrüasyonla ilişkili sağlık ihtiyaçlarını daha kapsayıcı ve yetkin bir şekilde karşılamasına

katkı sağlayacaktır. Bununla birlikte, bu çalışmada menstrüel sağlık bilgisi, araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak geliştirilen ancak geçerliği test edilmemiş bir anket aracılığıyla değerlendirilmiştir; bu nedenle diğer çalışmalarla karşılaştırılabilirliği kısıtlı olabilir. Araştırma yalnızca Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yürütüldüğünden, farklı müfredatlar, kültürel bağlamlar ve önceki eğitim deneyimleri göz önünde bulundurulduğunda, bulguların genellenebilirliği sınırlı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Menstrüel sağlık, tıp eğitimi, sağlık eğitimi, cinsel sağlık ve üreme sağlığı, menstrüel hijyen ürünleri

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S219]
TIP FAKÜLTESİ DÖNEM ALTI ÖĞRENCİLERİNİN YAŞ AYRIMCILIĞI VE İLİŞKİLİ ETMENLERİN BELİRLENMESİ

***Doğukan Yardımcı*, Didem Daymaz Yılmaz, Meral Saygun**
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Yaşlı sağlığı, halk sağlığının önemli bir çalışma alanıdır. Dünya genelinde yaşlı oranındaki artışla da birlikte yaşlı sağlığı ve ilgili kavramların önemi artmaktadır. Bunlardan biri de 'yaşlı insanlara yönelik bir ayrımcılık, ırk ayrımcılığı ve cinsiyet ayrımcılığı gibi eyleme dönüşebilen bir terim' olarak tanımlanan yaşlı ayrımcılığı kavramıdır. Hekimlerin artan sıklıkla daha fazla yaşlı bireye sağlık hizmeti sunmaları gerekmektedir. Bu nedenle hekimlerin yaşlı bireylere yönelik tutumları ve bunların değerlendirilmesi önem kazanmaktadır. Bu çalışmada bir tıp fakültesi dönem altı öğrencilerinin yaş ayrımcılığına yönelik tutumları ve ilişkili etmenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Kesitsel tipteki bu çalışmanın evrenini 2024-2025 eğitim öğretim yılında Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrenim gören 156 dönem altı öğrencisi oluşturmuştur. Çalışmada örnek seçilmeyip evreninin tamamına ulaşılması hedeflenmiş, araştırma 141 kişi (%90,3) ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma öncesi Kırıkkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul'undan (Tarih: 23.10.2024 ve Karar no:2024.10.3) ve Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığından gerekli izinler alınmıştır. Veri kaynağı olarak araştırmacılarca literatür taranarak oluşturulan 21 soru ve Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği (YATÖ)'den oluşan anket formu kullanılmıştır. Anket formları, gönüllülük esasına dayalı olarak çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilere Kasım 2024'te bulundukları stajlara gidilerek gözlem altında uygulanmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkenleri; öğrencilerin yaş, cinsiyet, aile tipi, şimdiye kadar ve şu an yaşadığı yerler, yaşlı ile birlikte yaşama durumu ve süresi ve kimler olduğu, ebeveyni ile yaşamayı isteme durumu, geriatri gibi bölümleri gerekli görüp görmediği, geriatride çalışmak isteme durumu gibi değişkenlerken, bağımlı değişken YATÖ puanıdır. YATÖ, Vefikuluçay tarafından 2011 yılında geliştirilmiş olup geçerlilik güvenirlilik (Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,80) çalışması yapılmıştır. YATÖ üç alt boyutlu 23 maddeden oluşan beşli likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 23, en yüksek puan 115 olup alınan puan arttıkça yaşlı ayrımcılığı konusunda olumlu tutum artmaktadır. Çalışma verileri SPSS 25.0 paket programı ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama ±standart sapma olarak sunulmuştur. Kategorik verilerin değerlendirilmesinde Ki-Kare testi kullanılmıştır. Niceliksel verilerin değerlendirilmesinde, normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. İki gruplu karşılaştırmalarda bağımsız gruplarda t testi ve/veya Mann-Whitney U testi, üç ve daha fazla gruplu karşılaştırmalarda ANOVA ve/veya Kruskal Wallis testi kullanılmış olup; $p<0,05$ olması anlamlı farklılık olarak kabul edilmiştir. Anket formundaki bazı sorulara açık ve net cevaplar verilmemesi ve verilerin sadece ilgili üniversitenin tıp fakültesi dönem 6 öğrencilerine genellenebilir olması araştırmanın sınırlılığıdır.

Bulgular

Analizlere dahil edilen 141 öğrencinin (%90,3) ortalama yaşı 23,9±1,2 (En az-en çok: 22-35) yıl olup öğrencilerin %55,3'ü (n=78) kadındır. Katılımcıların %37,6'sı şimdiye kadar yaşlı/yaşlılar ile birlikte aynı evde yaşadığını, %75,2'si (n=106) aile kurduktan sonra ebeveynleri ile yaşamayı istemediğini, %95'i (n=134) geriatri ve yaşlı sağlığı ile ilgilenen bölümlerin gerekli olduğunu, %24,1'i (n=34) mezun olduktan sonra yaşlı sağlığı ile ilgilenen bölümlerde çalışmak istediğini belirtmiştir. Katılımcıların YATÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması 86,3±9,5 (En az-en çok: 53-114)'tür. Kadın olma (p=0,004), ailesinin yanında ikamet etme

(p=0,027), ileride ebeveynleriyle yaşamak isteme (p=0,048), geriatri gibi bölümleri gerekli bulma (p=0,003), geriatride çalışmak isteme (p=0,005) ile yaşlılara ilişkin olumlu tutum arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sonuç ve Öneriler

Katılımcıların YATÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması 86,3±9,5 (En az: 53-en çok: 114) olup öğrencilerin yaşlı ayrımcılığı açısından olumlu bir tutuma sahip oldukları saptanmıştır. Geriatri gibi bölümleri gerekli bulma, geriatride çalışmak isteme ile yaşlılara ilişkin olumlu tutum arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Yaşlı bireylere yönelik olumlu bir tutumun geliştirilebilmesi için tıp eğitiminde öğrencilerde farkındalık oluşturacak şekilde bu konuya yer verilmesi önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Öğrenciler, tıp, yaşlı, yaşlı ayrımcılığı

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S220]
BİR ÜNİVERSİTENİN TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN YAŞLI AYRIMCILIĞINA İLİŞKİN TUTUMLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Batuhan Horasan, Nurhan Meydan Acımış[1]
[1]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Yaşlı ayrımcılığı, bireylere ileri yaşları nedeniyle yöneltilen önyargı, tutum ve ayrımcı davranışları ifade etmektedir (1). Bu durum, yaşlı bireylerin toplumsal yaşamdan dışlanmasına, sağlık hizmetlerinde eşitsizliklere ve psikososyal iyilik hâlinin azalmasına yol açabilir (2,3). Özellikle sağlık profesyonelleri ve sağlık alanı öğrencilerinde yaşlı ayrımcılığı tutumlarının varlığı, yaşlı bireylere yönelik bakım kalitesi açısından kritik öneme sahiptir (4). Bu nedenle, sağlık profesyoneli adaylarının yaşlı bireylere yönelik tutumlarının değerlendirilmesi, yaşlı dostu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve yaşlanma sürecine ilişkin farkındalığın artırılması açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada, bir üniversitenin tıp fakültesi 6. sınıf öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarının belirlenmesi ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel tipte olup 22 Ocak–28 Mayıs 2025 tarihleri arasında bir üniversitenin tıp fakültesi 6. sınıf öğrencileri (N=237) ile yürütülmüştür. Örneklem büyüklüğü, %99 güven düzeyi, %5 hata payı ve p=0,50 varsayılarak hesaplanmış ve en az 175 kişi olarak belirlenmiştir. Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan Tanıtıcı Bilgi Formu ve Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği (YATÖ) ile toplanmıştır. Tanıtıcı Bilgi Formu; öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri, yaşlı bireylerle ilgili deneyimleri ve yaşlılığa ilişkin görüşlerine yönelik sorulardan oluşmuştur. YATÖ, yaşlı bireylere yönelik tutumları ölçmek amacıyla geliştirilmiş olup, toplam puanı 23–115 arasında değişmektedir. Puan artışı, yaşlı bireylere yönelik daha olumlu tutumu göstermektedir (5). Veri toplama süreci sınıf ortamında yüz yüze gerçekleştirilmiş, formlar ortalama 10–15 dakikada doldurulmuş ve katılımcılardan gönüllü yazılı onam alınmıştır. Veriler SPSS 25.0 programı ile analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler, Ki-kare, Pearson korelasyon, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis ve çoklu doğrusal regresyon analizleri uygulanmıştır. P<0,05 anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir. Çalışma için etik kurul onayı (21.01.2025 tarih, E-60116787-020-643346) ve kurum izni alınmıştır.

Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması 24,3±1,1 olup, %51,7'si kadın, %48,3'ü erkektir. Katılımcıların %33,0'ı yaşamının bir döneminde yaşlı bireylerle aynı evde yaşamış, %42,6'sı en az bir kez huzurevini ziyaret etmiş ve %28,4'ü gelecekte yaşlı bireylerle çalışmak istediğini belirtmiştir. Öğrencilerin YATÖ toplam puan ortalaması 79,8±11,0 bulunmuştur. Yaşamının çoğunu ailesinin yanında geçiren öğrencilerin puanları, ailesinin dışında yaşayanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir (p=0,000). Büyükanne veya büyükbabasıyla yaşayan öğrencilerin puanları büyükanne ve büyükbabasıyla birlikte yaşayanlardan daha yüksek bulunmuştur (p=0,011). Yaşlılık kavramını şefkatle (p=0,003), bilgelikle (p=0,000) ve bollukla (p=0,047) ilişkilendiren öğrencilerin toplam puan ortalamaları, bu kavramlarla ilişki kurmayanlara göre anlamlı biçimde yüksektir. Yaşlı bireylerle çalışmak isteyen öğrencilerin puanları çalışmak istemeyenlere göre, gelecekte ebeveynleriyle yaşlılık döneminde birlikte yaşamayı düşünen öğrencilerin puanları bu düşünceye sahip olmayan veya kararsız olanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir (sırasıyla p=0,000 ve p=0,001). Buna karşılık, tıp eğitiminde yaşlı ile çalışma konularını yeterli bulan öğrencilerin puanları yeterli bulmayanlara göre (p=0,031) ve huzurevinde yaşayan yakını bulunan öğrencilerin puanları yakını bulunmayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşüktür (p=0,005). Çoklu regresyon analizinde, YATÖ puanını anlamlı olarak artıran değişkenler, aile ile yaşama (B=11,894; p<0,001),

büyükanne veya büyükbaba ile yaşama (B=8,401; p=0,005) ve yaşlı bireylerle çalışmak isteme (B=10,049; p=0,002) olarak bulunmuştur.

Sonuç ve Öneriler

Tıp fakültesi öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarının orta düzeyin üzerinde olduğu belirlenmiştir. Aile ile yaşama, büyükanne veya büyükbaba ile yaşama ve yaşlı bireylerle çalışmak isteme değişkenlerinin, yaşlı bireylere yönelik tutumlarla ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu durum, öğrencilerin yaşam deneyimleri ve mesleki yönelimlerinin yaşlı bireylere bakış açılarını şekillendirebileceğini göstermektedir. Bu bağlamda tıp eğitiminde yaşlı bireylerle iletişimi ve etkileşimi artıracak uygulamalara, yaşlanma süreci ve yaşlı sağlığına yönelik farkındalığı geliştirecek içeriklere yer verilmesinin, öğrencilerde olumlu tutumların artmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı ayrımcılığı, tıp öğrencisi, geriatri

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S221]
BİLİŞSEL VE BOŞ ZAMAN ETKİNLİK ÖLÇEĞİNİN (CLAS) TÜRKÇEYE UYARLANMASI, GÜVENİLİRLİK VE GEÇERLİLİĞİ

***Göknil Çavuş Konak*, Raika Durusoy**
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Bilişsel olarak uyaran boş zaman aktivitelerinin demans ve bilişsel gerileme riskini azaltabileceğine dair kanıtlar artmaktadır. Bu tür aktivitelere yaşam boyu katılımı teşvik etmek birincil önleme stratejilerinin önemli bir bileşeni olarak kabul edilmektedir. Bilişsel bozulma riskinin ölçüm araçlarında ise karşılanmamış bir ihtiyaç bulunmakta olup Türkçe ve Türkiye'de bu riski ölçen bir aracın bulunmaması araştırmamızın gerekçesini oluşturmakta ve önemini ortaya koymaktadır. Araştırmanın kısa erimli amacı; Cognitive & Leisure Activity Scale'i (CLAS) Türkçeye ve Türkiye'ye uyarlamak, ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğini çeşitli bilişsel düzeylerdeki 60 yaş ve üzeri bireylerde değerlendirmektir. Araştırmanın uzun erimli amacı; Bilişsel ve Boş Zaman Etkinlik Ölçeğinin (BBEÖ) Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini sağlayarak Türkiye'de risk değerlendirme ve prevalans araştırmalarında ve hizmette kullanılmasını sağlamaktır.

Gereç-Yöntem

Bu metodolojik çalışma İzmir Büyükşehir Belediyesi Sosyal Yaşam Kampüsü Huzurevinde Aralık 2024 – Mart 2025 tarihleri arasında yürütülmüştür. BBEÖ tek boyutlu, 16 adet 6'lı Likert tipi sorudan oluşan, her maddedeki aktivitenin yapılma sıklığına göre hiç ve her gün seçenekleri arasında 0-5 puan aralığında puanlanan ve toplam puan üzerinden bilişsel bozulma riskini tespit etmeye yönelik bir ölçüm aracıdır. Huzurevinde 09.12.2024 tarihindeki verilere göre 412 sakin konaklamaktaydı. Örneklem seçimi yapılmamış olup pilot çalışmada yer alan 7 kişi ve ölçekteki etkinlikleri yapamayacak düzeyde immobil bireyler dışlanarak 374 sakine ulaşılması hedeflenmiş, gönüllü 288 (%77) bireye yüz yüze görüşme uygulanmıştır. Standardize Mini Mental Test (SMMT) ve uyarlanacak ölçek de dahil olmak üzere 58 soruluk bir veri toplama formu uygulanmıştır. Psikolinguistik ve psikometrik değerlendirmeler yapılmıştır. Ölçek ileri ve geri çevrilmiş ve on uzman tarafından yapılan içerik ve yüzey geçerliliği değerlendirmelerinin ardından pilot çalışma yapılmış ve son hali oluşturulmuştur. Geçerlilik analizinde içerik (Davis metodu), yüzey, bilinen grup geçerliliği ve yakınsak geçerlilik yöntemleri; güvenilirlik analizlerinde ise iç tutarlılıkta Cronbach alfa ve iki yarı güvenilirliği, 33 kişiyle de test – tekrar test yöntemleri (Pearson korelasyon analizi) kullanılmıştır. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 19.09.2024 tarih ve 24-9.1T/49 no'lu karar ile onay alınmıştır. Çıkar çatışması yoktur, finansman veya destek alınmamıştır.

Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması 77,42 ± 7,35 olup; %43,4'ü kadındır ve %91'inin demans dışında kronik bir rahatsızlığı vardır. Katılımcıların %46,5'i ilkokul mezunudur ve medeni duruma bakıldığında %43,8'inin eşinin vefat ettiği görülmüştür. Bilişsel fonksiyonları normal olan bireyler araştırma grubunun %66,7'sini oluşturmaktadır. BBEÖ ölçeğinden alınan ortalama puan 23,26 ± 11,14'tür. Maddelerin ortalama puanları ise 0,28 ile 4,35 arasında değişmektedir. Güvenilirlik değerlendirmesi yapıldığında iç tutarlılık analizlerinde BBEÖ'nün Cronbach alfa değeri 0,753 bulunmuştur. Madde çıkarıldığında hesaplanan Cronbach alfa katsayıları ise 0,726 ile 0,752 aralığında değişkenlik göstermiştir. İki yarı güvenilirliğinde birinci yarının Cronbach alfa katsayısı 0,605 ve ikincinin 0,609; Spearman-Brown katsayısı 0,757 saptanmıştır. Test – tekrar test analizinde toplam BBEÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve çok yüksek düzeyde pozitif bir ilişki saptanmıştır ($r = 0{,}850$; $p < 0{,}001$). Geçerliliğin değerlendirilmesinde, kapsam geçerliliğinde Davis metoduna göre on uzmandan Google Formlar aracılığıyla değerlendirme alınmış ve %80'lik oranın altında kalan hiçbir madde olmamıştır. Bilişsel durumlarına göre ayrılan normal ve bozulmuş grupların ROC analizinde eğri altında kalan alan (AUC)

0,819 (p<0,001), demans tanı varlığına göre ayrılan grupların ROC analizinde ise AUC 0,875 (p<0,001) olarak saptanmıştır. Aynı zamanda BBEÖ için Türk toplumuna uyarlamada en uygun kesme noktası %72 duyarlılık ve %75 özgüllükle 21 olarak saptanmıştır. Bilinen gruplar geçerliliğinde eğitim düzeyi, yaş, medeni durum ve demans tanısına göre ayrılan gruplarda anlamlı fark saptanmıştır. Yakınsak geçerlilikte SMMT puanı ve BBEÖ puanları arasında pozitif yönlü ve güçlü düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Spearman's rho = 0,590; p<0,001).

Sonuç ve Öneriler

Bilişsel ve Boş Zaman Etkinlik Ölçeğinin Türk dili ve kültürüne uyarlaması geçerli ve güvenilirdir. Bilişsel bozulma riskini belirleme amacıyla kullanılması ve farklı gruplarda değerlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bilişsel bozulma, demans, geçerlilik, güvenilirlik, uyarlama

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S222]
HİSSEDİLEN YAŞ İLE BAŞARILI YAŞLANMA ARASINDAKİ İLİŞKİDE MUTLULUĞUN ARACI ROLÜ

***Sümeyye Ahi*[1], *Hilal Seki Öz*[2]**
[1]*Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü*
[2]*Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Psikiyatri Hemşireliği*

Giriş-Amaç

Dünyada yaşlı nüfusun hızla artması, başarılı yaşlanmayı şekillendiren çok boyutlu faktörlerin kapsamlı bir biçimde anlaşılmasını gerekli kılmaktadır. Bu çalışma, Kırşehir'de yaşayan yaşlı bireylerde hissedilen yaş ile başarılı yaşlanma arasındaki ilişkide mutluluğun aracı rolünü incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Gereç-Yöntem

Araştırma, Kırşehir il merkezinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerine (ASM) kayıtlı 65 yaş ve üzeri bireyler arasında yürütülmüştür. 2024 yılı itibarıyla Kırşehir'in nüfusu 249.033 olup, bunun %13,62'sini 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü, Epi Info 7.6.2.2 programı kullanılarak %5 hata payı, %95 güven aralığı ve %13,62 prevalans değerine göre hesaplanmış ve minimum 185 katılımcı yeterli görülmüştür. Anket uygulamalarında yaşanabilecek olası veri kayıpları dikkate alınarak örneklem sayısının 200 kişi olması hedeflenmiş ve çalışma 220 katılımcı ile tamamlanmıştır. Araştırmaya dâhil edilme kriterleri; 65 yaş ve üzerinde olmak, Kırşehir il merkezindeki bir ASM'ye kayıtlı olmak ve gönüllü katılım sağlamaktır. Şiddetli bilişsel bozukluğu bulunan, iletişimi engelleyen ciddi işitme veya konuşma güçlüğü olan ya da anket formunu tamamlamayı engelleyecek sağlık sorunları bulunan bireyler çalışma dışı bırakılmıştır. Kırşehir il merkezinde toplam 11 ASM bulunmaktadır. 65 yaş ve üzeri bireylerin listeleri her ASM'den temin edilmiş ve basit rastgele örnekleme yöntemi ile katılımcılar belirlenmiştir. Belirlenen bireyler araştırmacılar tarafından evlerinde ziyaret edilmiş ve araştırmaya davet edilmiştir. Dahil olma kriterlerini karşılayan bireylerle yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak anketler ev ortamında doldurulmuştur. Katılım tamamen gönüllülük esasına dayalıdır; katılmayı reddeden bireylerin yerine aynı ASM listesinden yeni katılımcılar yine basit rastgele yöntemle seçilmiştir. Araştırma verileri Katılımcıların demografik, sosyoekonomik, ailevi ve sağlık özelliklerini belirlemeye yönelik 19 sorudan oluşan Kişisel Bilgi Formu, 2 alt boyut ve toplamda 10 maddeden oluşan Başarılı Yaşlanma Ölçeği (B-YÖ) ve tek boyutlu 7 sorudan oluşan Oxford Mutluluk Ölçeği–Kısa Formu (OMÖ-KF) kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular

Yapısal eşitlik modeli sonuçlarına göre hissedilen yaşın başarılı yaşlanmayı negatif yönde yordadığı ($\beta = -0.238$, $p < 0.001$) ve mutluluk üzerinden ortaya çıkan dolaylı etkinin de negatif ve anlamlı olduğu belirlenmiştir ($\beta = -0.078$, $p < 0.001$). Ayrıca mutluluğun başarılı yaşlanmanın orta düzeyde ve anlamlı bir yordayıcısı olduğu ($\beta = 0.391$, $p < 0.001$) ve hissedilen yaş ile başarılı yaşlanma arasındaki ilişkide kısmi aracılık rolü üstlendiği saptanmıştır. Korelasyon analizleri, kendini olduğundan daha genç hisseden bireylerin daha yüksek mutluluk düzeylerine sahip olduğunu göstermiştir. Eğitim düzeyi, gelir ve algılanan sağlık durumu gibi değişkenlerin de sonuçlar üzerinde anlamlı etkileri olduğu bulunmuştur.

Sonuç ve Öneriler

Bulgular, bireylerin hissedilen yaşları ve mutluluk düzeylerinin başarılı yaşlanma üzerinde belirleyici bir rol oynadığını göstermektedir. Bu nedenle, yaşlı bireylerin mutluluk düzeylerini artırmaya yönelik psikososyal müdahalelerin başarılı yaşlanmayı desteklemede önemli olduğu vurgulanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Aracılık, başarılı yaşlanma, hissedilen yaş, mutluluk

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S223]
ERGENLERDE YAŞLI YETİŞKİNLERE YÖNELİK YAŞ AYRIMCILIĞI ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE GEÇERLİK GÜVENİRLİĞİ

Edanur Sezgin Keleş[1], Büşra Yetiş[2], Ahmet Naci Emecen[2], Gülşen Salgar[3], Hatice Şimşek[2]
[1]Rize Merkez Toplum Sağlığı Merkezi
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[3]İzmir Konak Hürriyet Anadolu Lisesi

Giriş-Amaç

Yaş ayrımcılığı, bireylerin yalnızca yaşları nedeniyle farklı tutum, önyargı, davranış, eylem veya kurumsal düzenlemelere maruz kalmaları durumudur. Yaşlılara yönelik yaş ayrımcılığı sık karşılaşılan bir durumdur ve yaşlı bireylerde mental, fiziksel ve sosyal açıdan olumsuz sonuçlara yol açabilir. Türkiye'de ergenlerde yaş ayrımcılığına ilişkin bazı çalışmalar yapılmış olmakla birlikte, bu yaş grubunda Türkçe geçerlik ve güvenirliği incelenmiş bir ölçeğe rastlanmamıştır. Bu çalışmanın amacı uluslararası literatürde ergen yaş grubuna yönelik olarak geliştirilen "Ergenlerde Yaşlı Yetişkinlere Yönelik Yaş Ayrımcılığı Ölçeği"nin (AGES) Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapmaktır.

Gereç-Yöntem

Araştırma metodolojik tiptedir. AGES ölçeği, 2022'de İtalya'da geliştirilmiş olup 7'li likert tipinde yanıtlanan 33 madde ve 6 faktörden (Moodiness, Traditionalism, PhysicalDeterioration, Antitechnologism, Sociability, Sageness) oluşan bir ölçektir. Bu çalışma için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (2024/33-24 sayılı) izin alınmıştır. Türkçe çeviri süreci, ölçek sahibinin önerdiği yöntem izlenerek yürütülmüştür. Öncelikle İngilizce ve Türkçe bilen iki kişi ölçeği birbirinden bağımsız olarak İngilizce'den Türkçe'ye çevirmiş; ardından bu çeviriler birleştirilerek ortak bir Türkçe form oluşturulmuştur. Daha sonra farklı iki kişi tarafından yine bağımsız şekilde Türkçe form İngilizce'ye çevrilmiş ve bu çeviriler birleştirilerek geri çeviri formu elde edilmiştir. Tüm aşamalardaki çevirileri içeren dosya, son İngilizce form ile birlikte ölçek sahibine gönderilmiştir. Geri bildirimler doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra ölçeğin son hali her iki tarafça onaylanarak süreç tamamlanmıştır. Madde başına en az 10 öğrenci olacak şekilde örnek büyüklüğü hesaplanmıştır. Ölçek maddelerine ek olarak sosyodemografik özellikleri içeren bir anket formu hazırlanmıştır. Veriler, Aralık 2024-Şubat 2025 tarihleri arasında İzmir'de Milli Eğitim Müdürlüğünden gerekli izinler alınarak dört okulda toplanmıştır. Anketler 5–12. sınıf öğrencilerine dağıtılmış ve gözetim altında doldurulmuştur. Elde edilen veriler, R paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Analiz öncesinde, madde ortalamaları, standart sapmaları, dağılımların çarpıklıkları ile madde-madde korelasyonları ve düzeltilmiş madde-toplam korelasyonları incelenmiştir. Diğer maddelerle olan korelasyonu 0.30'un altında kalan ve madde-toplam korelasyonu düşük olan maddeler analiz dışı bırakılmıştır. Kalan maddelerdeki faktör sayısının belirlenmesinde yamaç grafiği ve paralel analiz yöntemlerinden yararlanılmıştır. Faktör sayısına karar verdikten sonra açımlayıcı faktör analizi (AFA) yapılmıştır. Faktör döndürme yöntemi olarak eğik döndürme yöntemlerinden oblimin kullanılmıştır. Ardından, elde edilen faktör yapısının geçerliliğini test etmek amacıyla doğrulayıcı faktör analizi (DFA) gerçekleştirilmiş ve model uyumu çeşitli uyum indeksleri ile değerlendirilmiştir.

Bulgular

Tüm ölçek maddelerine tam yanıt veren 544 öğrenci (yaş: 15.0 ± 2.9) çalışmaya dahil edilmiştir. Karamsarlık, Gelenekçilik, Fiziksel Gerileme, Teknoloji Karşıtlığı, Sosyallik alt faktörlerinden birer madde, diğer maddelerle düşük korelasyon katsayıları nedeniyle çıkarılmıştır. Bu elemelerle, Fiziksel Gerileme ve Teknoloji Karşıtlığı faktörlerindeki madde sayısı ikinin altına düştüğü için bu faktörlerdeki kalan maddeler de analiz dışı bırakılmıştır. Toplam 24 madde ile AFA yapılmıştır (Kaiser-Meyer-Olkin [KMO] = 0.92; Bartlett küresellik

testi, p<0.001). Yamaç grafiği ve paralel analiz sonuçlarına göre iki faktörlü bir yapı belirlenmiştir. Oblimin döndürme yöntemiyle yapılan AFA sonucunda, faktör yüklerinin >= 0.50 olması, çapraz yükleme bulunmaması ve teorik yapıya uygunluk kriterlerine göre iki faktörlü yapı oluşturulmuştur: Sosyallik-Bilgelik (10 madde) ve Karamsarlık-Gelenekçilik (11 madde). Bu iki faktör, toplam varyansın %44'ünü açıklamıştır. DFA sonuçları, modelin iyi düzeyde uyum gösterdiğini ortaya koymuştur (CFI=0.920, TLI = 0.911, RMSEA=0.056, %90 GA: 0.050–0.062, SRMR=0.059).

Sonuç ve Öneriler

Ölçeğin son halinde Sosyallik-Bilgelik (10 madde) ve Karamsarlık-Gelenekçilik (11 madde) olmak üzere 2 faktör ve 21 maddelik yapı ortaya çıkmıştır. Ölçek bu hali ile Türkiye'de ergenlerde yaşlılara yönelik yaş ayrımcılığını ölçmek için kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: AGES, ölçek, yaşlı, ergen, yaş ayrımcılığı

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S224]
BİR YAŞLI BAKIM MERKEZİNDEKİ YAŞLILARIN AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI DURUMU

Pelin Bilgin Kahveci[1], Kübra Çiçek[2], Berna Bilgin Şahin[3], Mehmet Muzaffer Kahveci[4]
[1]Aydın İl Sağlık Müdürlüğü
[2]Hatay Dörtyol İlçe Sağlık Müdürlüğü
[3]Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[4]Aydın Özel Candan Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi

Giriş-Amaç

Ağız ve diş sağlığının bozulması; sistemik hastalıklar, ilaç kullanımı, yetersiz beslenme ve koruyucu ağız bakımının ihmal edilmesi gibi çeşitli etmenlere bağlı olarak gelişmektedir. Yaşlı nüfusta sık gözlenen ağız ve diş sağlığı sorunları, genel sağlık durumunu ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu çalışmanın amacı, bir yaşlı bakım merkezinde ikamet eden yaşlıların ağız ve diş sağlığı durumlarını değerlendirmektir

Gereç-Yöntem

Araştırma kesitsel tiptedir. Araştırmanın evrenini Aydın'da özel bir yaşlı bakım merkezinde yaşayan 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Araştırmada olasılıksız örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmaya Mart-Nisan 2025 tarihlerinde merkezde konaklayan; çalışmaya katılmayı kabul eden, sorulara yanıt verebilecek, koopere-oryante 60 yaşlı birey dahil edilmiştir. Çalışmanın bağımlı değişkeni yaşlılarda ağız sağlığı durumudur. Ağız sağlığı, 5 puanlı likert tipli 12 sorudan oluşan Geriatrik Ağız Sağlığı Değerlendirme İndeksi (GOHAI) ile değerlendirilmiştir. GOHAI dahilinde ağız ve diş sorunları nedeniyle yemeyi kısıtlamak, sert besinleri ısırmada sorun yaşamak, yutkunma sorunu yaşamak, dişlerde sıcak soğuk hassasiyeti, diş, diş eti ve protezlerin görünümünden memnuniyet gibi durumlar sorgulanmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar daha iyi ağız sağlığını göstermektedir. Araştırmanın bağımsız değişkenleri; yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu gibi sosyodemografik özellikler, diş fırçası varlığı, diş fırçalama sıklığı, diş ipi kullanımı, diş hekimine gitme sıklığı, ağızda yara ve kuruluk varlığı, ağızdaki diş sayısı ve protez diş varlığı gibi ağız bakım alışkanlıkları ve mevcut ağız sağlığı durumu özellikleridir. Bağımsız değişkenleri değerlendirmek amacıyla 24 soruluk yapılandırılmış bir anket formu kullanılmış; veriler yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır. Veri analizi SPSS 27.0 ile yapılmış; tanımlayıcı testler, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis ve Spearman korelasyonu (α=0.05) uygulanmıştır. Araştırmanın tek bir merkezde yürütülmüş olması, katılımcı sayısının düşüklüğü ve yanıtların bireylerin beyanına dayanması araştırmanın en önemli kısıtlılıklarıdır. Çalışmanın etik kurul onayı alınmıştır.

Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması 82.45±8.27 ve %68.3'ü kadındı. Katılımcıların %70.0'inin bir kronik hastalığı bulunurken, %38.3'ü güncel veya eski sigara kullanıcısıydı. Tüm katılımcılar diş fırçası kullandığını belirtmiştir ve %86.7'si dişlerini günde bir kez, %10.0'u ise iki kez veya daha fazla fırçalamaktadır. Katılımcıların %98.3'ü ağız ülseri bildirmezken, %5.0'i her gün ve %53.3'ü ara sıra ağız kuruluğu yaşamaktadır. Ayrıca, katılımcıların %86.7'si yalnızca problem oluştuğunda diş hekimine başvurmakta, %28.3'ünün hiç doğal dişi bulunmamaktadır. Katılımcıların %40.0'ı diş protezi kullanmakta; %41.7'si 10 yıldan uzun süredir protez kullanmaktadır. Katılımcıların ortalama GOHAI puanı 42.95±11.91'dir. Yaş ile GOHAI puanı arasında orta düzeyde, anlamlı negatif bir korelasyon saptanmıştır (r=-0.401). Yaşla birlikte ağız sağlığı azalmaktadır. Ağız sağlığı; kadınlarda, düşük eğitimlilerde ve kronik hastalığı olanlarda anlamlı şekilde daha kötü bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuç ve Öneriler

Yaşlılarda ağız ve diş sağlığı, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve kronik hastalık varlığından önemli ölçüde etkilenmektedir. Bu nedenle, yaşlı nüfusta ağız ve diş sağlığı sorunlarının değerlendirilmesi ve koruyucu yaklaşımların planlanması büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ağız sağlığı, yaşlı, yaşlılarda diş bakımı

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S225]
KOCAELİ İLİNDE 1991-2024 YILLARINDAKİ MAKSİMUM SICAKLIK TRENDLERİNİN VE SICAK HAVA DALGALARININ İNCELENMESİ

***Cem Turan*, Çiğdem Çağlayan**
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Küresel iklim değişikliği son yıllarda insanlığın karşılaştığı en büyük tehditlerden biridir. Uzun dönemli iklim verilerinin maksimum sıcaklık trendinin yapısını ve sıcak hava dalgalarının sıklığını incelemenin iklim değişikliğinin yerel etkilerini değerlendirmek açısından büyük önemi vardır. Bu araştırmanın amacı 1991-2024 döneminde Kocaeli ilindeki mevsimsel dinamikleri de içine alarak maksimum sıcaklık trendlerini ve sıcak hava dalgalarının sıklığını incelemek ve geleceğe yönelik projeksiyonlar yapmaktır.

Gereç-Yöntem

Araştırma ekolojik tipte bir zaman serisi çalışmasıdır. Kocaeli iline ait 1991-2024 yılları arası günlük maksimum sıcaklık verileri Meteoroloji Genel Müdürlüğü 1.Bölge Müdürlüğü Kocaeli Meteoroloji İstasyonundan alınmıştır. Alınan günlük maksimum sıcaklık verilerinden analizlerde kullanılmak üzere yıllık ortalama maksimum, yıllık standart sapma ve yıllık sıcak hava dalga sayısı olmak üzere yıllık zaman serileri ve trendlerin mevsimsel dinamiğini incelemek amacıyla her bir takvim ayı için o aya ait aylık ortalama maksimum sıcaklık değerlerinden oluşan aylık zaman serileri oluşturulmuştur. Yıllık ve aylık serilerdeki trendlerin varlığı Mann-Kendall, büyüklükleri ise Sen's Slope trend analizleri ile belirlenmiştir. Trendin yapısındaki olası kırılmalar Joinpoint Regresyon Analizi ile değerlendirilmiştir. Maksimum sıcaklıkların yıl içindeki değişkenliğindeki yıllık değişimler ise yıllık standart sapma serisinin trendinin incelenmesiyle analiz edilmiştir. Yıllara göre sıcak hava dalgalarının sıklığının ve eğiliminin belirlenmesinde 1991-2024 yılları arasındaki günlük maksimum sıcaklık verilerinin 95.persentil rölatif sıcaklık eşik değeri kullanılmış olup bu eşik değeri ardışık 5 gün boyunca geçen günler sıcak hava dalgası olarak kabul edilmiştir. Bu tanıma göre belirlenen yıllık sıcak hava dalgalarının sıklığının trendi de analiz edilmiştir. Son olarak aynı yıllık trendin değişmeden devam edeceği varsayımı altında kısa, orta ve uzun vadeli olarak (2035, 2050 ve 2075 yılları) geleceğe yönelik projeksiyonlar Sen's Slope trend analizi yöntemi kullanılarak tahmin edilmiştir. Bu araştırmadaki bulgular için anlamlılık düzeyi olarak $p<0,05$ kabul edilmiştir. İstatistiksel analizler Microsoft Office Excel ve Joinpoint Regression 5.4.0 Software programları kullanılarak yapılmıştır. Araştırma için finansal bir destek alınmamış olup çıkar çatışması bulunmamaktadır. Bu araştırma ''Kocaeli İlindeki Sıcak Hava Dalgalarının Sıklığının ve Sıcak Hava Dalgalarının Ölümlerle Olan İlişkisinin İncelenmesi'' adlı tez çalışmasının bir parçasını oluşturmaktadır.

Bulgular

Analizler 1991-2024 döneminde Kocaeli ilindeki yıllık ortalama maksimum sıcaklıklarda istatistiksel olarak anlamlı bir artış trendi olduğunu ortaya çıkarmıştır ($p<0,001$) ve trendin büyüklüğü yaklaşık 0,10°C/yıl olarak hesaplanmıştır. Joinpoint Regresyon Analizi sonuçlarına göre incelenen dönemde trendin eğiminde istatistiksel olarak anlamlı bir yapısal kırılma tespit edilmemiştir (Permütasyon Testi, $p>0,05$) Bu bulgu 1991-2024 dönemi boyunca artmış ortalama maksimum sıcaklık trendinin hızında belirgin bir değişim olmadığını göstermektedir. Aylık trend analizleri sonucunda Nisan, Mayıs ve Ekim ayları haricindeki tüm aylarda istatistiksel olarak anlamlı bir trend varlığı bulunmuştur. En yüksek ısınma trendleri sırasıyla Aralık, Kasım ve Şubat (+0,16°C/yıl, +0,14°C/yıl, +0,13°C/yıl) aylarında görülürken Temmuz ve Ağustos gibi yaz aylarında sırasıyla +0,09°C/yıl ve +0,11°C/yıl ile daha düşük sıcaklık artış trendleri bulunmuştur. Bu bulgu kış aylarındaki ısınmanın yaz aylarından daha yüksek olduğu sonucunu ortaya çıkarmıştır. Yıllık standart sapma serisine uygulanan analizler sonucunda istatistiksel olarak anlamlı ve negatif bir trend tespit edilmiştir ($p=0,022$) ve trendin büyüklüğü -0,02°C/yıl olarak hesaplanmıştır. Bu bulgu yıl içindeki en soğuk ve en sıcak günler arasındaki makasın

daraldığının, iklimin genel değişkenliğinin azaldığının göstergesidir ve aylık trend analizlerinin bulgusuyla uyumludur. Yıllık sıcak hava dalga sayısı serisine uygulanan analizler sonucunda ise istatistiksel olarak anlamlı ve artan bir trend tespit edilmiştir (p=0,004) Yıllık ortalama maksimum sıcaklık serisi için hesaplanan Sen's Slope trend artış değerinin değişmeden gelecekte de devam edeceği varsayımı altında yapılan projeksiyonlar, 2024 yılındaki trend seviyesine göre ortalama maksimum sıcaklıklarda 2035 yılında yaklaşık 1,07°C'lik, 2050 yılında 2,54°C'lik, 2075 yılında ise 4,98°C'lik artış yaşanacağını öngörmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma Kocaeli ilinde artan maksimum sıcaklıkların ve sıcak hava dalgalarının halk sağlığı için önemli riskler olduğunu göstermektedir. Sıcak hava dalgalarının sıklığının artması sıcak çarpması, kalp ve solunum yolu hastalıklarının tetiklenmesi ve bunlara bağlı ölüm oranlarında artış gibi riskleri beraberinde getirir. Kış aylarının yaz aylarından daha çok ısınması ise mevsimselliğin değişmesine yol açar ve bu durum hastalık taşıyıcılarının yeni bölgelere yayılması nedeniyle vektör kaynaklı hastalıkların ve alerjen sezonunun uzaması sonucunda ise alerjik hastalıkların yayılımını arttırır. Bu bulgular sıcak hava dalgası erken uyarı sistemlerinin kurulması ve hastalık taşıyıcılarının izlendiği sürveyans programlarının güçlendirilmesi gibi halk sağlığı stratejilerinin uygulanmasını gerektirmektedir.

Anahtar Kelimeler: İklim değişikliği, sıcak hava dalgası, sıcaklık artışı

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S226]
BİR İLDE 2023-2024 YILLARINDA MEYDANA GELEN SICAK HAVA DALGALARININ ÖLÜMLERLE OLAN İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

***Cem Turan*, Çiğdem Çağlayan**
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

İnsanlık için en önemli küresel tehditlerden biri olan iklim değişikliği çeşitli yollarla sağlığı etkilemektedir. Aşırı hava olayları arasında yer alan sıcak hava dalgaları, iklim değişikliğiyle ilişkili ölümlerin en önemli nedenidir ve son yıllarda yapılan çalışmalar sıcak hava dalgalarının sayısında ve süresinde artışlar meydana geldiğini göstermektedir. Bu araştırmada 2023 ile 2024 yıllarında meydana gelen sıcak hava dalgalarının Kocaeli ilindeki ölümlerle olan ilişkisinin incelenmesi ve sıcak hava dalgasının yaş, cinsiyet ve ölüm nedenlerine göre etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Araştırma ekolojik tipte bir epidemiyolojik çalışmadır. Bu çalışma için gerekli etik kurul onayı Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (17.10.2024-E.668655) ve Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü'nden (29.11.2024-E-65530689-799-260953584) alınmıştır. Ölüm kayıtları Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü Ölüm Bildirim Sistemi'nden, Kocaeli iline ait tarihsel sıcaklık verileri ise (1991-2024 dönemi) Meteoroloji Genel Müdürlüğü 1.Bölge Müdürlüğü Kocaeli Meteoroloji İstasyonundan alınmıştır. İlgili nüfus verileri ise Türkiye İstatistik Kurumu resmi web sitesinden elde edilmiştir. Araştırma için finansal bir destek alınmamış olup çıkar çatışması bulunmamaktadır. Sıcak hava dalgalarının ölümlere olan etkilerinin değerlendirilmesinde uzun yaz dönemi (Haziran-Eylül) incelenmiş ve Aşırı Sıcak Faktörü (Excess Heat Factor, EHF) sıcak hava dalgalarının tanımlanmasında kullanılmıştır. Sıcak hava dalgaları ile ölüm nedenleri arasındaki ilişkiler ise izinlerin verildiği tek bir ilçe verilerine göre değerlendirilmiştir. Çalışma için günlük bazda, her bir satır bir güne denk gelecek şekilde bir veri seti oluşturulmuştur. EHF metoduna göre iki kategorili (var/yok) olarak tanımlanan sıcak hava dalga durumu bu çalışmadaki ana bağımsız değişkendir. Farklı alt gruplara ve ölüm nedenlerine göre sınıflandırılmış günlük ölüm sayıları ise bu çalışmanın bağımlı değişkenleridir. Sıcak hava dalgalarının ölümlere olan etkilerinin değerlendirilmesinde verilerde aşırı dağılım gözlenmediğinden Poisson Regresyon Modelleri kullanılmıştır. Modellerde ölüm hızlarını analiz etmek için ilgili nüfusların doğal logaritmaları offset değişkenleri olarak kullanılmıştır. Zamansal trendler ve otokorelasyon, zamanın kübik polinom terimlerinin modellere dahil edilmesiyle kontrol edilmiştir. Ayrıca kategorik değişkenler olan haftanın günleri, resmi tatiller ve yıl değişkenleri de kontrol değişkenleri olarak modellere dahil edilmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı çıkan sonuçlar için sıcağa atfedilen ölüm sayıları (AN), AN=((RR-1) /RR) *N formülü kullanılarak hesaplanmıştır. Burada RR Risk oranını ve N ise ilgili periyottaki ilgili grup için toplam ölüm sayısını göstermektedir. Ayrıca sıcak hava dalgalarının ölüm hızlarına olan etkilerinin alt gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığını analiz edebilmek için veri seti geniş formattan uzun formata çevrilip etkileşim analizleri yapılmıştır. Bu araştırmadaki bulgularda anlamlılık düzeyi $p<0,05$ kabul edilmiştir. İstatistiksel analizler SPSS v 30.0 ve Microsoft Office Excel programları kullanılarak yapılmıştır. Bu araştırma ''Kocaeli İlindeki Sıcak Hava Dalgalarının Sıklığının ve Sıcak Hava Dalgalarının Ölümlerle Olan İlişkisinin İncelenmesi'' adlı tez çalışmasının bir parçasını oluşturmaktadır.

Bulgular

EHF methoduna göre 2023 yılında 2 tane olmak üzere toplamda 12 gün, 2024 yılında ise 4 tane olmak üzere toplamda 29 gün süren sıcak hava dalgası tespit edilmiştir. Yapılan analizlere göre il genelinde sıcak hava dalgası olan günlerde, olmayan günlere göre tüm nedenlere bağlı mortalite riskinde %13,9'luk istatistiksel olarak anlamlı bir artış saptanmıştır ($p<0,001$) Sıcak hava dalgasının mortalite riskinde erkeklerde %13,2'lik

(p=0,011) kadınlarda ise %14,9'luk (p=0,009) istatistiksel olarak anlamlı bir artışa neden olduğu görülürken yapılan etkileşim analizi bu risk artışının büyüklüğünün iki cinsiyet arasında anlamlı bir fark oluşturmadığını göstermiştir (p>0,05) İleri yaşlılarda (85+ yaş) sıcak hava dalgasına bağlı mortalite riskinde %21,8'lik (p=0,011) istatistiksel olarak anlamlı bir artış meydana gelmiştir. Çocuk, erişkin, genç yaşlı (65-74 yaş), orta yaşlı (75-84 yaş) gruplarda ise mortalite riskinde istatistiksel olarak anlamlı bir artış tespit edilememiştir (p>0,05) Etkileşim analizi sıcak hava dalgasına bağlı mortalite riskinin yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiğini (p<0,001) ve yaşla birlikte artıp risk merdiveni bulgusu oluşturduğunu göstermektedir. Bu bulgular doğrultusunda il genelinde sıcak hava dalgalarına atfedilen toplam fazladan ölüm sayısı 145 olarak hesaplanmıştır. Bu fazladan ölümlerin 74'ünün erkeklerde 71'inin ise kadınlarda olduğu saptanmıştır. Yaş gruplarında anlamlı mortalite risk artışı sadece ileri yaşlı grupta olduğu için atfedilen ölümler sadece bu yaş grubu için hesaplanabilmiştir ve fazladan ölümlerin 45'inin bu yaş grubunda meydana geldiği tespit edilmiştir. İlçe düzeyinde yapılan analizlerde ise sıcak hava dalgasına bağlı tüm nedenlere bağlı ölümlerde istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır (p>0,05) Benzer şekilde cinsiyet, yaş ve nedene özel ölüm analizlerinde de istatistiksel olarak anlamlılık gözlenmemiştir (p>0,05)

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada sıcak hava dalgalarının ölümleri arttırdığı görülmüştür ve bu riskin kırılgan gruplarda en yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sıcak hava dalgalarının mevcut etkilerinin belirlenip yerel düzeyde sıcak hava dalgalarının olumsuz etkilerine karşı gerekli önlemlerin alınması ve sıcaklık uyarı eşiklerinin oluşturulması gerekmektedir. Özellikle 85 yaş üstü grubu doğrudan hedefleyen iletişim stratejileri geliştirilmeli ve bu gruba yönelik özel önlemler alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aşırı sıcak faktörü, sıcak hava dalgası, sıcaklık artışı

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S227]
TUZLUKÇU İLÇESİ 18 YAŞ ÜSTÜ BİREYLERİN KANSER TARAMALARINA YÖNELİK BİLGİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

***Seyfettin Abuoğlu*[1], *Lütfi Saltuk Demir*[2]**
[1]*Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Bölümü*
[2]*Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

Giriş-Amaç

Kanser, vücudun hemen hemen her organında veya dokusunda başlayabilen anormal hücrelerin kontrolsüzce büyüdüğü, normal sınırlarının ötesine geçip vücudun bitişik bölgelerini istila ettiği ve/veya diğer organlara yayılabildiği büyük bir hastalık grubu için kullanılan terimdir. Bu çalışmada, Konya ili Tuzlukçu ilçesinde yaşayanların ulusal kanser tarama programında mevcut olan rahim ağzı, kalın barsak ve meme kanseri hakkındaki bilgi ve tutumlarını değerlendirmek amaçlandı.

Gereç-Yöntem

Araştırma kesitsel türde tasarlandı. Araştırma öncesinde Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Etik Kurulu'ndan izin alındı (Karar no: 2024/4749). Etik kurul izni akabinde Konya ili Tuzlukcu İlçe Kaymakamlı'ğından 30.01.2024 tarihinde araştırma ve eğitim yapabilmek için izin alındı. Araştırma, Tuzlukcu Aile Sağlığı Merkezi ve Konya Büyükşehir Belediyesi Meslek Edindirme Kursları (KOMEK)'nın Tuzlukcu Merkezinde, olasılıksız kolayda örnekleme yöntemiyle dahil edilen 18 yaş üstü 190 bireye uygulandı. Veri toplama formu literatür taraması ile araştırmacılar tarafından oluşturuldu. Araştırmanın ilk aşamasında toplam 12 sorudan oluşan veri toplama formu, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. İkinci aşamasında ise katılımcılara fırsatçı ve yerinde eğitim amacıyla ulusal kanser tarama programına yönelik olarak, aile sağlığı çalışanlarınca eğitim verildi. Saha çalışması ardından veriler elektronik ortama aktarıldı. Verilerin istatistiksel analizi, SPSS 21.0 ile yapıldı. Tanımlayıcı istatistik olarak sayısal verilerde aritmetik ortalama ± standart sapma değerleri, kategorik verilerde sayı ve yüzdelikler kullanıldı. İstatistik analizde sayısal verilerin karşılaştırılmasında Bağımsız Gruplarda T Testi, kategorik verilerin karşılaştırmasında Ki-kare testi kullanıldı. İstatistiki anlamlılığı değerlendirmek için $p<0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular

Çalışmamız %76,3' ü kadın, %23,7' si erkek üzere olmak üzere, yaşı 42,5±13,9 olan 190 katılımcıyla yapıldı. Araştırmaya katılanların %31,6'sı 50 yaş ve üzeri, %25,8'i 40-49 yaş grubunda kişilerden oluşmaktaydı. Katılımcıların %45,8' si ilkokul mezunuydu ve %1,1' i eğitim durumunu okuryazar olarak belirtti. Tuzlukçu' da araştırmaya katılanların %36,3' ü sigarayı, %12,1'i alkolü hayatının herhangi bir döneminde kullandığını belirtti. Araştırmaya katılan kişilerin %21,6' sı ulusal kanser tarama programları ile ilgili eğitim aldığını belirtti. Çalışmaya katılanların %25,3' ü kendisinde ve/veya birinci derece akrabasında tanı konulmuş bir kanser hastalığı olduğunu belirtti. Katılımcılardan %34,7' si daha önce kanser taraması yaptırdığını beyan etti. Sağlık Bakanlığı tarafından koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında taramaların ücretsiz olarak yapıldığını katılımcıların %74,7'si doğru olarak yanıtladı. Katılımcıların %18,9'unun Sağlık Bakanlığı'nın ulusal kanser tarama programı kapsamında meme, rahim ağzı ve kalın barsak kanseri taraması yapıldığını tam olarak bildiği tespit edildi. Ulusal kanser taramasına yönelik daha önce eğitim alanların yaşı 47,5±13,2, eğitim almayanların yaşı 41,1±13,8 idi. Daha önce kanser taramasına yönelik eğitim aldığını belirtenlerin yaşı almayanlardan anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,008$). Daha önce kanser taramasına yönelik eğitim aldığını belirtenlerde kanser taraması yaptıranların anlamlı olarak daha yüksek oranda olduğu tespit edildi ($p<0,001$). Rahim ağzı kanserine yönelik HPV taramasının 5 yılda bir yapıldığını daha önce kanser taramasına yönelik eğitim alanların daha fazla oranda doğru yanıtladığı tespit edildi($p=0,003$). Meme ve kalın barsak kanser tarama sürelerinin doğru yanıtları ile daha önce kanser tarama eğitimi arasında bir farklılık gözlenmedi.

Sonuç ve Öneriler

Araştırma sonucu meme kanseri, rahim ağzı kanseri ve kalın barsak kanseri için yapılan tarama testlerini, düzenli yapılması gerekliliğinin bilinirliği ve düzenli tarama yaptırma oranının Tuzlukçu ilçesinde düşük olduğu belirlendi. Mobil kanser tarama araçlarının ilçeye gelmesi ve diğer zamanlarda yakın tarama merkezine servis hizmetinin olması taramaya yönelik sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıracaktır. Ulusal kanser tarama programında yer alan kanser türleri için hedef nüfusların daha fazla bilgilendirilmesi ve tarama yapılması amacıyla gerekli teşvik ve eğitimlerin yapılması önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bilgi düzeyi, farkındalık, kanser taramaları, tuzlukçu

TAM METİN SÖZLÜ BİLDİRİ

[S228]
ECZACILARIN SAĞLIK SİSTEMİNİN GÜÇLENDİRİLMESİNDE ROLÜ: SAĞLIK SİSTEMLERİ PERSPEKTİFİNDEN BİR DEĞERLENDİRME

***Ömrüm Ergüven*, Bülent Kılıç**
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş

Eczacılık mesleği, yüzyıllar boyunca ilaçların hazırlanması ve dağıtılmasıyla özdeşleşmiş olsa da günümüzde hasta merkezli, kanıta dayalı, önleyici hizmetleri kapsayan çok boyutlu bir yapıya evrilmiştir1,2,3. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Uluslararası Eczacılık Federasyonu (FIP), eczacıların yalnızca ilaç sağlayıcıları değil, aynı zamanda toplumun sağlık okuryazarlığını geliştiren, kronik hastalıkları izleyen ve ilaç güvenliğini sağlayan profesyoneller olduğunu vurgulamaktadır4,5,6.

Türkiye'de eczacılık sistemi kurumsal yapısı ve insangücüyle önemli bir sağlık sistemi bileşeni haline gelmiştir. Türkiye'de 2024 yılı itibarıyla 28 binden fazla eczane ve 60 bine yakın eczacı bulunmaktadır. Türkiye her 3000 kişiye düşen bir eczane oranıyla toplum tabanlı bir sağlık ağının en erişilebilir bileşenlerinden birini oluşturmaktadır7.

Sağlık sistemlerinin gücü devamlılığına ve dirençliliğine bağlıdır. Sistemin hızlı karar alabilen mekanizmalara sahip olması ve krizlere dayanıklı olması hedeflenir. Türkiye gibi afetlere ve krizlere açık bir ülkede sağlık sisteminin dirençliliği çok önemlidir. Sağlık sistemlerinin en önemli bileşenleri ise insangücü, finansman, örgütlenme ve hizmet sunumudur.

İngiltere, Kanada ve Avustralya gibi ülkelerde eczacılar halk sağlığının ayrılmaz bir parçası hâline gelmiş, İngiltere'de uygulanan "Pharmacy First" gibi modellerle hastaların küçük rahatsızlıklar için sağlık sisteminde Genel Pratisyenlere yük olmak yerine doğrudan eczanelere başvurması sağlanmıştır8,9,10.

Bu derlemenin amacı, dünya sağlık sistemlerindeki değişimi incelemek yoluyla eczacıların halk sağlığına katkılarını sistematik biçimde ele alarak Türkiye'nin gelecekteki eczacılık politikalarına yön verebilecek bir sistem önerisi ortaya koymaktır.

Gereç-Yöntem

Bu derleme, 2010–2024 yılları arasında yayımlanan hakemli makaleler, ulusal raporlar, DSÖ ve FIP politika belgeleri incelenerek hazırlanmıştır. Veri tabanları olarak PubMed, Scopus, Web of Science ve TR Dizin kullanılmış; İngilizce dilde "pharmacist public health role", "community pharmacy", "pharmacy services", "vaccination pharmacist", "chronic disease management", "Pharmacy First", "medication safety", "health literacy" anahtar sözcükleri ve bunların Türkçe karşılıklarıyla tarama yapılmıştır. Makalelerin dahil edilme kriterleri toplum eczacılığı uygulamaları içeren, halk sağlığına yönelik sonuç raporlayan, İngilizce veya Türkçe yazılmış makalelerdir. Çalışma kamuya açık kaynaklar üzerinden makale tarayarak yapıldığından etik kurul izni alınmamıştır.

Bulgular ve Tartışma

Bu derleme, eczacıların altı temel halk sağlığı alanında etkin roller üstlendiğini ve bu rollerin sağlık sistemlerinin dayanıklılığını artırdığını göstermektedir. Bu alanlar akılcı ilaç kullanımı (özellikle gereksiz antibiyotik kullanımıyla mücadele ve ilaç yan etkilerinin takibi), aşı, tütünle mücadele, kronik hastalıkların yönetimi, aile planlaması danışmanlığı ve sağlık okur yazarlığının artırılmasıdır.

DSÖ, akılcı ilaç kullanımını "doğru ilacın, doğru dozda, doğru sürede ve uygun maliyetle kullanımı" olarak tanımlar11. FIP'in 2022 Küresel Raporu'na göre, eczacıların reçete kontrolü ve ilaç etkileşim yönetimi yoluyla

gereksiz antibiyotik kullanımını %30'a kadar azaltabildiği gösterilmiştir12. Türkiye'de 2023–2028 Akılcı İlaç Kullanımı Eylem Planı eczacıların reçete doğrulama, ilaç danışmanlığı ve de-preskripsiyon rollerini kurumsallaştırmıştır13. Benzer şekilde Avustralya'da da eczanelerde "MedsCheck" hizmetiyle çoklu ilaç kullanımına bağlı advers olaylar %20 oranında azalmıştır14.

Bir başka önemli alan aşı uygulamalarıdır. Aşı tereddüdü ve reddinin giderek arttığı ülkemizde eczacılar bu alanda çok önemli bir rol oynayabilirler. Nitekim COVID-19 pandemisi sonrasında eczacıların aşılama rolü küresel ölçekte genişlemiştir15. Örneğin Kanada'da eczacıların grip ve HPV aşısı uygulamalarıyla aşılama oranları %18 artmıştır16. İngiltere'de eczaneler aracılığıyla grip aşısı hizmeti 2024'te 9 milyon kişiye ulaşmıştır17. Avustralya'da eczacıların ulusal aşı kayıt sistemine entegre edilmesi bağışıklama kapsamını kırsal alanlarda %12 genişletmiştir18. Türkiye'de pilot eczane aşı programları incelenmekte olup halk sağlığı açısından önemli bir fırsat yaratmaktadır19.

Bir başka önemli alan kronik hastalıkların yönetimidir. Eczacılar, diyabet, hipertansiyon, KOAH ve astım gibi kronik hastalıkların yönetiminde düzenli izlem ve danışmanlık yaparak tedavi sonuçlarını iyileştirebilirler20. Diyabetli hastalarda eczacı danışmanlığı HbA1c değerlerini ortalama 0.8 puan düşürmüştür21. Ontario'daki hipertansiyon izlem programında eczacı yönetimiyle ilaç uyumu %87'ye ulaşmıştır22. İngiltere'de eczacıların astım izleminde hastane yatışlarını %15 azalttığı gösterilmiştir23. Avustralya'nın My Health Record entegrasyonu ile eczacılar, hastaların tüm ilaç geçmişini izleyerek polifarmasiye bağlı hataları %25 oranında azaltmıştır24.

Sigara kullanım oranıyla Avrupa ülkeleri içinde ilk sıralarda olan Türkiye'de tütünle mücadelede de eczaneler belli bir rol üstlenebilir. Eczaneler tütün bırakma danışmanlığı için etkili birer davranışsal müdahale noktasıdır. Nitekim ABD ve Kanada'daki 22 çalışmanın meta-analizi, eczacı destekli programlarda bırakma oranının ortalama %41 olduğunu göstermiştir25. İngiltere'de eczanelerde yürütülen "Stop Smoking Service" programı, 2023'te 500.000'in üzerinde kişiye hizmet vermiştir26. Türkiye'de 2022 itibarıyla 50 eczanede başlatılan pilot tütün bırakma danışmanlığı programları umut verici sonuçlar göstermektedir27.

Türkiye'nin bir başka önemli sorunu sağlık okur yazarlığının düşük seviyede olmasıdır. Nutbeam sağlık okuryazarlığını bireylerin sağlık bilgilerini anlayarak karar verme kapasitesi olarak tanımlar28. Eczacılar, reçete açıklama, yan etki bilgilendirmesi ve kronik hastalık eğitimleriyle bireylerin sağlık bilgisini geliştirir. 2020'de yapılan bir meta-analiz, eczacı müdahalelerinin sağlık okuryazarlığını ortalama %20 oranında artırdığını göstermiştir29. Kanada'da "Pharmacy Education for Empowerment" programı, düşük okuryazarlık düzeyine sahip bireylerde ilaç hatalarını %35 azaltmıştır30.

İngiltere son yıllarda bu alanda en radikal değişimi cesaretle yerine getirmiş ülkelerden birisidir. Pharmacy First modeli sayesinde hastalar küçük rahatsızlıklarda doğrudan eğitim almış ve sertifika sahibi eczanelere yönlendirilmiş; acil servis başvuruları %7 azalmıştır17. Bu uygulamanın Genel Pratisyen (GP) ofislerindeki bekleme sürelerini ve yoğunluğu da azaltacağı beklenmektedir. Kanada, eczacıların reçete yenileme ve aşılama yetkilerini genişleterek hizmet erişimini artırmıştır16,22. Avustralya ise eczacıların dijital kayıt sistemlerine entegrasyonuyla bakım sürekliliğini güçlendirmiştir24. Türkiye'nin güçlü eczane altyapısı, bu modellerin yerelleştirilmesi için avantaj sağlamaktadır7,13. Eczacılık eğitiminin halk sağlığına, klinik karar desteğine ve dijital sistemlere uyumlu hâle getirilmesi, gelecekteki sağlık reformlarının temelini oluşturabilir.

DSÖ'nün Medication Without Harm girişimi, ilaç kaynaklı zararı 2027'ye kadar %50 azaltmayı hedefler31. AHRQ ve ISMP raporlarına göre, eczacıların ilaç hatalarını önleyici izleme sistemlerine katılımı hataları %23–30 oranında azaltmaktadır32,33. Avustralya'da "Pharmacovigilance in Community Pharmacy" projesi, eczanelerde yan etki bildiriminin artmasını sağlamıştır34. Avrupa Klinik Eczacılık Derneği (ESCP), depreskripsiyon uygulamalarının yaşlılarda mortaliteyi %8 azalttığını bildirmiştir35.

Son olarak yapılan çalışmalara göre eczacıların, doğum kontrolü, gebelik öncesi danışmanlık, emzirme, menopoz, üriner sistem enfeksiyonları, menstrüel sağlık ve öz bakım konularında kadınlara danışmanlık yaparak farkındalık yaratmakta ve sağlık okuryazarlığını artırmakta başarılı oldukları da saptanmıştır36,37.

Özellikle acil kontrasepsiyon, uygun yöntemin alınması, kondom veya oral kontraseptif kullanımı konusunda doğru yönlendirme eczacıların yapabileceği şeylerdir. Ancak Türkiye'de eczacıların bu alandaki uygulamaları çoğunlukla bireysel çabalarla sınırlı olup, sistematik bir modelle desteklenmemektedir38.

Sonuç ve Öneriler

Eczacılar, sağlık sisteminin en kolay erişilen profesyonelleri olup, kadınların sağlık danışmanlığına başvurduğu en yakın sağlık noktasıdır39. DSÖ ve FIP eczacıların halk sağlığındaki rollerini "birinci basamakta güvenilir danışmanlık sağlayan sağlık profesyonelleri" olarak tanımlamaktadır40. Yapılan çalışmalar eczacıların sağlık sisteminde dirençliliği sağlama alanında çok önemli rolleri olabileceğini ortaya koymaktadır. Özellikle aşı, tütünle mücadele, kronik hastalıkların yönetimi, aile planlaması danışmanlığı, sağlık okur yazarlığının artırılması bu alanların en önemlileridir.

Eczacılar, sağlık sistemlerinin ön saflarında yer alarak ilaç yönetiminden, aşı, aile planlaması gibi koruyucu sağlık hizmetlerine kadar geniş bir alanda halk sağlığına katkı sunabilecekleri görülmektedir. Sonuç olarak bu çalışma, eczacıların halk sağlığına olan katkılarının altı temel boyutta olabileceğini saptamıştır: akılcı ilaç kullanımı, aşı, aile planlaması, kronik hastalık yönetimi, tütün kontrolü, sağlık okuryazarlığı ve ilaç güvenliği. Ancak bu hizmetlerin hiç birisi sistematik olarak ele alınıp örgütlenebilmiş değildir. Bu alanda Türk Eczacılar Odası, Türk Tabipleri Birliği ve Sağlık Bakanlığı ortak bir çalışma yürütmelidir.

Eczacılar, toplum temelli sağlık hizmetlerinin en erişilebilir bileşenleridir. Bu çalışmada yurt dışı sağlık sistemleri örnekleri incelendiğinde eczacı müdahalelerinin sağlık sonuçlarını iyileştirdiği, sağlık harcamalarını azalttığı ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırdığı saptanmıştır. Bulgular, eczacıların koruyucu sağlık hizmetlerine entegrasyonunun hızlandırılmasının sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini güçlendireceğini göstermektedir. Aynı zamanda eczacıların koruyucu sağlık uygulamalarındaki etkinliğinin artmasıyla sağlık harcamalarının azalacağını, kronik hastalık yönetiminde sonuçların iyileşeceğini ve hasta güvenliğinin güçleneceği anlaşılmaktadır. Bu nedenle Türkiye'de de eczacıların halk sağlığı rollerini güçlendirmek için yasal düzenlemelerin güncellenmesi, meslek birlikleri ve Sağlık Bakanlığı arasında iş birliğinin sağlanması, eczacıların ek eğitimler alması, hizmetin özendirilmesi modelleri ve dijital entegrasyonun hızlandırılması önerilmektedir.

Kaynaklar

1. *World Health Organization. The role of the pharmacist in the health care system: preparing the future pharmacist—curricular development. Geneva: World Health Organization; 1997.*
2. *Türk Eczacıları Birliği. Türkiye'de Eczane Sayıları Raporu 2024. Ankara: TEB Yayınları; 2024.*
3. *Bond C, Blenkinsopp A, Raynor DK. The contribution of community pharmacy to improving the public's health. London: Royal Pharmaceutical Society; 2012.*
4. *Anderson C, Blenkinsopp A, Armstrong M. Feedback from community pharmacy users on the contribution of community pharmacy to improving the public's health. Health Expect. 2004;7(3):191–202.*
5. *International Pharmaceutical Federation (FIP). Global Pharmaceutical Workforce Report 2022. The Hague: FIP; 2022.*
6. *World Health Organization. Promoting rational use of medicines: core components. Geneva: World Health Organization; 2002.*
7. *T.C. Sağlık Bakanlığı. Akılcı İlaç Kullanımı Eylem Planı (2023–2028). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2023.*
8. *Eren H, Kaya C. Toplum eczacılarının akılcı ilaç kullanımına katkısı. Turk J Public Health. 2022;20(4):455–468.*
9. *Pharmaceutical Society of Australia. MedsCheck Program Evaluation Report. Canberra: PSA; 2021.*
10. *Romero-Mancilla MS, López-Pintor RM, Martínez-Madrid C, et al. Pharmacy-based immunization: a systematic review. Hum Vaccin Immunother. 2023;19(1):2233671.*
11. *Centers for Disease Control and Prevention (CDC). The Role of Pharmacists in Vaccination Programs. Atlanta: CDC; 2023.*
12. *Ontario Pharmacists Association. Pharmacist Immunizer Model Report. Toronto: OPA; 2023.*
13. *NHS England. Community Pharmacy Advanced Service Specification: NHS Pharmacy First Service. London: NHS England; 2024.*

14. *Pharmacy Guild of Australia. Pharmacist Immuniser Accreditation Program: National Guidelines. Canberra: PGOA; 2021.*

15. *Türk Eczacıları Birliği. Aşı Pilot Eczane Programı Değerlendirme Raporu. Ankara: TEB; 2023.*

16. *FIP. Pharmacists in Noncommunicable Disease Management: Global Review. The Hague: FIP; 2022.*

17. *Ali M, Horne R, Smith J, et al. Pharmacist-led interventions in diabetes management: a systematic review. Diabet Med. 2020;37(5):782–790.*

18. *Government of Ontario. Hypertension Program Outcomes Report. Toronto: Ontario Ministry of Health; 2021.*

19. *Blenkinsopp A, Bond C, Raynor DK. Deprescribing in community pharmacy practice: a systematic review. J Clin Pharm Ther. 2019;44(3):458–467.*

20. *Australian Digital Health Agency. My Health Record Integration for Pharmacists. Sydney: ADHA; 2022.*

21. *Dent LA, Harris KJ, Noonan CW. Tobacco cessation services in community pharmacies. J Am Pharm Assoc. 2010;50(5):568–574.*

22. *Public Health England. Stop Smoking Services: Annual Data Report 2023. London: PHE; 2023.*

23. *Eren H, Kaya C. Toplum eczanelerinde tütün bırakma danışmanlığı pilot uygulamaları. Turk J Public Health. 2023;21(1):12–19.*

24. *Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: development of conceptual framework and definitions. Health Promot Int. 2000;15(3):259–267.*

25. *Hailemeskel B, Alemayehu B, Smith B. Community pharmacist-led health literacy interventions: a systematic review. Front Public Health. 2020;8:565423.*

26. *Canadian Pharmacists Association. Pharmacy Education for Empowerment Program Report. Ottawa: CPhA; 2022.*

27. *World Health Organization. Medication Without Harm: Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: World Health Organization; 2017.*

28. *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). The Pharmacist's Role in Medication Safety. Rockville, MD: AHRQ; 2022.*

29. *Institute for Safe Medication Practices (ISMP). Improving Medication Safety in Community Pharmacy. Horsham, PA: ISMP; 2023.*

30. *Elliott RA, O'Callaghan C, Morrison J, et al. Community pharmacist-led pharmacovigilance and adverse drug reaction reporting: lessons from Australia. Int J Clin Pharm. 2021;43(6):1605–1616.*

31. *European Society of Clinical Pharmacy (ESCP). Medication Review and Polypharmacy Management: Best Practice Report. Brussels: ESCP; 2021.*

32. *American Public Health Association (APHA). The Role of the Pharmacist in Public Health Policy Statement 2014. Washington, DC: APHA; 2014.*

33. *World Health Organization. Global Report on Effective Access to Assistive Technology. Geneva: WHO; 2022.*

34. *Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). The Evolving Role of Pharmacists in Primary Care: Health Working Paper No. 150. Paris: OECD Publishing; 2023.*

35. *Cochrane Collaboration. Community pharmacy interventions for chronic disease management: Cochrane systematic review. Cochrane Database Syst Rev. 2022;5:CD012875.*

36. *DiPietro Mager, N. A. (2019). Pharmacists' contributions to maternal and child health in the United States. Pharmacy Practice, 17(1), 1374. https://doi.org/10.18549/PharmPract.2019.1.1374*

37. *Rafie, S., El-Ibiary, S. Y., & Stone, R. H. (2017). Role of community pharmacists in women's health. Integrative Pharmacy Research and Practice, 6, 79–89. https://doi.org/10.2147/IPRP.S113454*

38. *Apikoglu-Rabus, S., Clark, P. M., & Izzettin, F. V. (2012). Turkish pharmacists' counseling practices and attitudes regarding emergency contraceptive pills. International Journal of Clinical Pharmacy, 34(4), 579–586. https://doi.org/10.1007/s11096-012-9647-x*

39. *Todd, A., Copeland, A., Husband, A., Kasim, A., & Bambra, C. (2014). The positive pharmacy care law: An area-level analysis of the relationship between community pharmacy distribution, urbanity and social deprivation in England. BMJ Open, 4(8), e005764.*

40. *International Pharmaceutical Federation (FIP). (2022). Pharmacy as a gateway to care: FIP report on the contribution of pharmacists to primary health care. The Hague: FIP.*

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S229]
İZMİR'DE BİR ÜÇÜNCÜ BASAMAK HASTANEYE BAŞVURAN ASTIM HASTALARININ SÜREKLİ HİZMETE ERİŞİMİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

***İrem Şevik*[1], *Meltem Çiçeklioğlu*[1], *Gülistan Karadeniz*[2]**
[1]*Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[2]*İzmir SBÜ Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı*

Giriş-Amaç

Dünya genelinde yaygın görülen kronik bir solunum hastalığı olan astımda semptom kontrolü ve yaşam kalitesinin korunması için düzenli takip ve ihtiyaca uygun sürekli sağlık hizmetine erişim kritik öneme sahiptir. Türkiye'de astım yönetiminde sürekli hizmete erişim yeterince incelenmemiştir. Bu çalışmanın amacı, İzmir'de bir üçüncü basamak hastane göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran yetişkin astım hastalarında sürekli hizmete erişim sıklığını ölçmek, ilişkili faktörleri belirlemek ve hasta deneyimlerinden yararlanarak bu sürecin dinamiklerini derinlemesine incelemektir.

Gereç-Yöntem

Araştırma, eleştirel realizm paradigmasında açıklayıcı sıralı karma yöntemle yürütülmüştür. Araştırma, Levesque ve ark. (2013) Sağlık Hizmetlerine Erişim Modeli'nin kavramsal çerçevesinden temel almaktadır. Nicel aşamada, evren büyüklüğünü belirlemek için son bir yılda polikliniğe başvurmuş olan ve hasta dosyası bulunan tüm astımlı yetişkin hastalar temel alınmıştır ve evren büyüklüğü 1800 olarak kabul edilmiştir. Örnek büyüklüğü %50 prevalans, %5 hata payı ve %95 güven aralığıyla 317 olarak hesaplanmış ve basit rastgele örnekleme uygulanmıştır. Astım tanısı almış olan ve en az bir yıldır astım tanısıyla yaşayan, 18 yaşından büyük ve İzmir'de ikamet eden katılımcılar araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmacıların geliştirdiği 47 soruluk bir anket 312 katılımcıya uygulanmıştır. Sürekli hizmete erişim, ilişkisel süreklilik ve yönetim sürekliliği bileşenlerinin ikisini de kapsayacak şekilde tanımlanmıştır. İlişkisel süreklilik katılımcının astımına ilişkin düzenli başvurduğu kurum ve hekim bulunması; yönetim sürekliliği son bir yılda tanıdan sonraki süreye ve rehber önerilerine uygun sayıda planlanmış kontrol görüşmesinin gerçekleşmiş olması olarak değerlendirilmiştir. Her iki koşulu sağlayanlar sürekli hizmete erişmiş kabul edilmiştir. Bağımsız değişkenler; sosyodemografik ve ekonomik özellikler, genel sağlık durumu, astım öyküsü, sağlık hizmeti kullanımı ve psikososyal özellikleri kapsamaktadır. Nicel verilerin analizinde, ki-kare testi, Fisher'in kesin testi, Student t-testi ve lojistik regresyon analizleri kullanılmıştır. Nitel aşamada, maksimum çeşitlilik örneklemesiyle seçilen 12 katılımcıyla yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiş, veriler MAXQDA 24 ile kodlanmış ve eleştirel temellendirilmiş kuramla analiz edilmiştir. Analiz sonucunda dört tema ve on üç kategori ortaya konmuştur. Son aşamada, nicel ve nitel bulgular bütüncül olarak birleştirilmiştir. Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurul'undan onay almıştır (Karar No: 24-3.1T/58). Tüm katılımcılardan yazılı onam alınmıştır ve çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması 49,6 ± 14,5; %72,8'i kadın ve %17,3'ü sigortasızdır. Sürekli hizmete erişim sıklığı %29,2 olarak saptanmıştır. Sürekli hizmete erişimle en güçlü ilişkili faktör, hastalık ve tedavi sürecine ilişkin anlaşılır açıklamalara erişimdir (OR=3,30). İyi kontrol altındaki astıma sahip bireyler, kontrolsüz astımı olanlara göre 2,67 kat daha fazla sürekli hizmete erişmektedir. Hastalar geç tanı almakta ve birinci basamak astım tanı ve tedavi sürecinde temel fonksiyonlarını gerçekleştirememektedir. Katılımcıların yalnızca %8'i ilk başvuruyu aile hekimine yapmıştır ve %28,2'sinin aile hekimi astım tanısından habersizdir. Öngörülenin aksine, randevu bulmakta zorlanmayanlarda sürekli hizmete erişememe olasılığı zorlananlara göre 1,89 kat daha fazladır. Nitel bulgular, bunun katılımcıların astımla ilişkili kontrol görüşmeleri için daha önce başvurdukları hekimden randevu almakta zorlanmalarıyla ilişkili olabileceğini göstermektedir. Çoklu hastalıkları olanlar

farklı kurumlar arasında eşgüdüm sorunları bildirmiştir. Sürekli hizmet aldığı kurum dışında reçete hizmeti kullanan bireylerin sürekli hizmete erişim olasılığı anlamlı düzeyde daha düşüktür (OR=0,17). Nicel aşamada, sigorta durumuyla anlamlı bir ilişki saptanmamış olmakla birlikte, nitel aşamada katılımcılar sağlık hizmetine erişim ve tedavi süreçlerinin ekonomik yük yarattığını ifade etmiştir. Bulgular, hekimle güvene dayalı ilişkinin, görüşme süresinin ve hizmet niteliğinin ilişkisel sürekliliğin sürdürülmesinde önemli rol oynadığını göstermektedir. Sağlık hizmetlerinde ve sosyal yaşamda karşılaşılan damgalayıcı yaklaşımlar, sürekli hizmete erişimin önünde önemli bir engel olarak ortaya çıkmıştır. Bulgular, sürekli hizmete erişimin tek seferlik doğrusal bir süreçten ziyade, her kontrol görüşmesi öncesinde yeniden başlayan ve benzer engel ve kolaylaştırıcıların tekrar deneyimlendiği döngüsel bir yapıya sahip olduğunu ve erişim sürecindeki belirleyicilerin birbirleriyle ilişki halinde olduğunu göstermektedir. Bu nedenle Levesque ve ark. (2013) sağlık hizmetlerine erişim modeli döngüsel bir yapıya sahip olacak şekilde ve belirleyiciler arasındaki ilişkileri görünür kılacak şekilde yeniden düzenlenmiştir. Özellikle çoklu hastalığı olan bireylerde sürekli hizmete erişimde eşgüdüm önemli bir role sahiptir, bu nedenle yeniden düzenlenen modelde eşgüdüm, yalnızca uygunluk boyutunun bir alt bileşeni olarak değil, farklı hizmet döngülerini birbirine bağlayan yapısal bir unsur olarak değerlendirilmiştir.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma, astım hastalarının sürekli sağlık hizmetine erişiminin sınırlı olduğunu ve sürekli hizmete erişimde çok boyutlu engellerle karşılaşıldığını ortaya koymaktadır. Sürekli hizmete erişimin güçlendirilmesi için birinci basamakta tanı, izlem ve yönlendirme süreçlerinin geliştirilmesi, kurumlar arası bilgi akışını sağlayacak eşgüdüm mekanizmalarının kurulması ve astım yönetiminde rehber temelli uygulamaların yaygınlaştırılması gerekmektedir. Randevu sisteminin, hastaların aynı hekimle sürekliliğini sağlayacak şekilde yeniden düzenlenmesi önerilmektedir. Sürekli hizmete erişim, yalnızca sağlık sistemi içi düzenlemelerle değil; gelir güvencesi, sosyal destek mekanizmaları ve özlük haklarını kapsayan bütüncül politikalar ile mümkündür. Astımla ilişkili sağlık hizmetlerinde sürekliliği, eşitsizlikleri azaltmayı ve hasta deneyimlerini merkeze almayı hedefleyen sağlık politikalarına ihtiyaç vardır. Ayrıca, bu çalışma Levesque ve ark.'larının erişim modelinin astımda sürekli hizmete erişim bağlamında, özellikle orta gelirli ülkelerde, yeniden değerlendirilmesine yönelik araştırmalara ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, araştırmanın üçüncü basamak bir sağlık kurumunda ve tek merkezli yürütülmüş olması ile öz bildirimlere dayalı ölçümlerde olası hatırlama ve sosyal istenirlik yanlılığının bulguların genellenebilirliğini sınırlayabilecek unsurlar olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Astım, sağlık hizmetine erişim, hizmetin sürekliliği, üçüncü basamak sağlık hizmeti, sağlık hizmetinin niteliği

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S230]
İNTÖRN HEKİMLER İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜKLERİNİN GÖREVLERİNİ BİLİYORLAR MI?

***Ayşe Emel Önal*[1], *Beyza Püren Selcan Emel*[1], *Burcu Özkan*[1], *Emel Rüya Önal*[2], *Meryem Merve Ören Çelik*[1], *Tuğrul Erbaydar*[3], *Gülsüm Nurhan İnce*[1]**

[1]*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[2]*T.C. Sağlık Bakanlığı, İstanbul Bahçelievler İlçe Sağlık Müdürlüğü*
[3]*Okan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

Giriş-Amaç

Türkiye'de ilçe sağlık müdürlükleri Sağlık Bakanlığı'nın ilçelerdeki en uç yönetim birimleridir. Bu çalışmanın amacı iki tıp fakültesinde 5. Ve 6. Sınıf öğrencilerinin ilçe sağlık müdürlüklerinin ilk basamak sağlık hizmetleri ile ilgili görevlerini bilme durumlarını araştırmaktır.

Gereç-Yöntem

Bu araştırma iki tıp fakültesinden 313 öğrenci ile Eylül – Aralık 2024 tarihleri arasında yürütülmüş tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan 5. Ve 6. Sınıf tıp öğrencilerine gözlem altında yanıtlama yöntemiyle 72 soruluk birer anket uygulandı. Anketlerde demografik bilgiler dışında 5 grup altında toplanan ilçe sağlık müdürlüğünün görevleri ile ilgili sorular vardı.

Bulgular

Birinci grup olan bulaşıcı hastalıklar ile ilgili çalışmalar konusundaki sorularda doğru cevaplayan öğrenciler % 64,8 oranında idi. İkinci grup olan çevre sağlığında % 63,6, üçüncü grup olan bulaşıcı olmayan hastalıklar, çocuk, ergen, kadın, üreme sağlığı ve kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezi çalışmalarında % 63,5, dördüncü grup olan sağlık yönetiminde % 58 ve beşinci grup olan diğer çalışmalarda % 68,2 oranında öğrenci soruları doğru cevapladı.

Sonuç ve Öneriler

İlk basamak sağlık hizmetleri konularında öğrencilerin %50 ye yakın ve üstünde doğru bilgi sahibi olduğu saptanmıştır. Ancak bu düzey yeterli bulunmayıp yükseltilmesi için tıp fakültelerinde halk sağlığı derslerinde teorik ve uygulamalı eğitimlerin geliştirilmesinin ve bu konuda daha fazla araştırma yapılmasının gerektiği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Bulaşıcı hastalıklar, çevre sağlığı, kronik hastalıklar, öğrenci, tıp.

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S231]
BİRİNCİ BASAMAKTA KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ BAĞLAMINDA SAĞLIKLI HAYAT MERKEZİ DENEYİMİ: SUNULAN HİZMETLERİN NİTELİKSEL DEĞERLENDİRİLMESİ

***Zeynep Tüzün*[1], *Kerem Arısın*[1], *Mehmet Akif Sezerol*[2], *Yusuf Çelik*[3], *Yusuf Baktır*[4], *Seyhan Hıdıroğlu*[1]**
[1]*Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[2]*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[3]*Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü*
[4]*Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü*

Giriş-Amaç

Türkiye'de Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM), birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında koruyucu ve güçlendirici sağlık uygulamalarını yaygınlaştırmak amacıyla kurulmuştur. Multidisipliner yapıları sayesinde beslenme danışmanlığı, fiziksel aktivite desteği, ruh sağlığı hizmetleri ve erken tanı-tarama programları gibi kapsamlı hizmetler sunmaktadır. Sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasına katkı sunarken toplumsal farkındalığın artmasını da hedeflemektedir. Ancak SHM'lere dair literatürdeki çalışmalar sınırlıdır ve bu merkezlerin işlevselliğini farklı paydaş deneyimleri üzerinden değerlendiren nitel araştırmalar oldukça nadirdir. Bu çalışmanın amacı, SHM'lerin erişilebilirliği, kullanım süreçleri ve sürdürülebilirliğini; danışanlar, hizmet sunucular ve yöneticilerin deneyimleri üzerinden değerlendirerek, bu yapıların halk sağlığındaki rolünü çok boyutlu biçimde ortaya koymaktır.Bu çalışmanın amacı, danışanların, hizmet sunucuların ve yöneticilerin hizmet sunumu, erişilebilirlik ve sürdürülebilirlik konusundaki deneyimlerini derinlemesine inceleyerek, bu merkezlerin halk sağlığındaki rolünü ortaya koymaktır.

Gereç-Yöntem

Araştırma, İstanbul'un sosyoekonomik açıdan en dezavantajlı ilçelerinden biri olan ve yaklaşık 360 bin nüfusa sahip Sultanbeyli'de yer alan tek Sağlıklı Hayat Merkezi'nde yürütülmüştür. Niteliksel araştırma desenine sahip çalışmada fenomenolojik yaklaşım benimsenmiş; veriler Ocak–Şubat 2025 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama sürecinde yarı yapılandırılmış derinlemesine bireysel görüşmeler ve odak grup görüşmesi teknikleri kullanılmıştır. Danışanlar (15 düzenli katılımcı, 3 düzensiz katılımcı) ve yöneticilerle yapılan görüşmeler yüz yüze derinlemesine bireysel görüşme formatında yürütülürken, hizmet sunucularıyla (diyetisyen, psikolog, fizyoterapist ve ebe) gerçekleştirilen görüşmeler tek bir odak grup görüşmesi şeklinde gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar amaçlı örnekleme yöntemiyle belirlenmiş; toplamda 18 danışan, altı hizmet sunucusu ve iki yönetici olmak üzere 26 kişi araştırmaya dahil edilmiştir. Tüm görüşmeler katılımcıların bilgilendirilmiş onamları alınarak ses kaydına alınmış, birebir deşifre edilmiş ve tematik içerik analizi yöntemiyle değerlendirilmiştir. Kodlama süreci MAXQDA programında yürütülmüş, araştırmacılar arası karşılaştırmalı kodlama ile temalar ve alt temalar oluşturulmuştur. Görüşme süreci ve analizlerde Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) kriterlerine uygunluk gözetilmiş; veri doygunluğu sağlandığında görüşme süreci sonlandırılmıştır. Araştırma öncesinde tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmış, 15.11.2024 tarihinde Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 09.2024.1347 protokol numarası ile etik onay alınmıştır. Çalışma boyunca Helsinki Bildirgesi etik ilkelerine uyulmuştur.

Bulgular

Analiz sonucunda altı ana tema ve 23 kod belirlenmiş; katılımcıların SHM hizmetlerine dair genel tutumları, bu hizmetlerden yararlanma ve sunma süreçlerine ilişkin deneyimleri çok boyutlu şekilde ortaya konmuştur. Birinci tema olan "SHM Yönetim Süreçleri", merkezin önemi, kuruluşu, bilinirliği ve kaynaklarına dair değerlendirmeleri içermektedir. İkinci tema "Hizmet Sunumu" başlığı altında, hizmet süresi, sunucuların yeterliliği, ödeme isteği ve memnuniyet durumu ele alınmıştır. Üçüncü tema "Hizmete Erişim" kapsamında,

randevu süreci, erişim deneyimleri, hizmete devamlılığı etkileyen etkenler ve ücretsiz hizmetin rolü yer almaktadır. Dördüncü tema "Hizmet Sunumu ve Altyapı" başlığı altında ise fiziksel koşullar, kurumsal kaynaklar ve SHM'nin alternatif kurumlarla karşılaştırılması değerlendirilmiştir. Beşinci tema olan "Hizmet Tercih Nedenleri", hizmet kalitesi, etkililik, tavsiye edilme ve kurumun toplumsal kabulünü kapsamaktadır. Son olarak, "SHM Genel Değerlendirme" temasında, psikolog, ebe, fizyoterapist ve diyetisyenlerin işleyiş, kaynak kullanımı, ekip çalışması ve multidisipliner yapıya dair görüşleri yer almaktadır. Bulgular, SHM'lerin ücretsiz ve multidisipliner yapısının özellikle sosyoekonomik açıdan dezavantajlı bölgelerde yüksek memnuniyet sağladığını göstermiştir. Ancak sınırlı farkındalık ve çoğunlukla eş-dost tavsiyesiyle erişim, SHM'lerin toplumun daha geniş kesimleri tarafından tanınmasını engellemektedir. Ayrıca, altyapı eksiklikleri, kaynak ve personel eşitsizlikleri ile yetersiz tanıtım faaliyetleri öne çıkan sınırlılıklar olmuştur. Kaynaklara dair katılımcı ifadeleri, merkezlerin çoğunlukla bağımsız bütçeden yoksun olduğunu ve yerel desteklerle hizmet sürekliliğinin sağlandığını ortaya koymuştur. Sunulan hizmetlerin etkili ve memnuniyet verici olduğu vurgulanmakla birlikte, özellikle psikolojik danışmanlık gibi bireysel zaman gerektiren alanlarda süre kısıtı ve uzman sayısındaki yetersizlik, hizmetin niteliğini sınırlayıcı etkenler arasında yer almıştır. Danışanlar, SHM'de sunulan birebir ilgi ve ücretsiz hizmetin yaşam kaliteleri üzerinde doğrudan olumlu etkiler yarattığını belirtmiş; bu da SHM'nin birinci basamakta hem fiziksel hem de psikososyal sağlık çıktıları açısından dönüştürücü bir rol üstlendiğini göstermektedir.

Sonuç ve Öneriler

SHM'ler, birinci basamakta koruyucu sağlık hizmetlerini güçlendiren, toplumun sağlık gereksinimlerine bütüncül yanıt verebilen ve özellikle sosyoekonomik eşitsizlikleri azaltma potansiyeli olan önemli yapılardır. Ancak bu potansiyelin tam olarak hayata geçebilmesi için kurumsal tanıtım stratejilerinin geliştirilmesi, altyapı ve personel eksiklerinin giderilmesi ve hizmetlerin çalışan nüfusu da kapsayacak biçimde yeniden yapılandırılması gerekmektedir. SHM'nin multidisipliner yapısı ve danışan memnuniyetine dayalı etkisi dikkate alındığında, bu merkezlerin toplum temelli sağlık politikalarında daha güçlü biçimde konumlandırılması önerilmektedir. Ayrıca, SHM'nin hizmet etkinliği ve kapsayıcılığının değerlendirilmesi açısından ilerleyen dönemde nicel çalışmaların yapılmasına ihtiyaç olduğu da çalışmanın sınırlılıklarındandır. Gelecekte gerçekleştirilecek geniş örneklemli ve maliyet-etkinlik odaklı araştırmalarla, SHM'lerin uzun vadeli sağlık çıktıları üzerindeki etkisi daha kapsamlı biçimde değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık, multidisipliner hizmetler, sağlık eşitsizlikleri, Sağlıklı Hayat Merkezleri

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S232]
BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNE MEKANSAL ULAŞILABİLİRLİKTE EŞİTSİZLİKLER: BALIKESİR MERKEZ İLÇELERİ ÜZERİNE COĞRAFİ BİR ANALİZ

Salih Keskin
Balıkesir Karesi İlçe Sağlık Müdürlüğü

Giriş-Amaç

Birinci basamak sağlık hizmetlerine erişim, sağlık hakkının temel bir bileşenidir. Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) bu hizmetlerin sunumunda merkezi bir role sahiptir ve yasal düzenlemeler, kentsel alanlarda ASM planlamasının 500 metrelik yürüme mesafesinde olmasını önermektedir. Kırsal alanlarda bu standardın sağlanamaması gezici sağlık hizmetlerini gerekli kılmaktadır. Bununla birlikte, kentsel ve kırsal alanlar arasındaki bu belirgin farka rağmen, Türkiye'de ASM'lerin mekansal dağılımındaki eşitsizliklerin ve bu eşitsizliklerin sosyodemografik temelleri üzerine yapılan çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir.

Bu bağlamda bu çalışma, Balıkesir ilinin Altıeylül ve Karesi ilçelerinde nüfusun sabit ASM'lere ve gezici hizmet noktalarına mekansal ulaşılabilirliğini nicel olarak tahmin etmeyi ve bu ulaşılabilirliğin idari, ekonomik, sosyokültürel ve politik etmenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığını değerlendirmeyi amaçlamaktadı.

Gereç-Yöntem

Ekolojik tasarımla yürütülen bu çalışma Balıkesir Altıeylül (n=94) ve Karesi (n=70) ilçeleri mahallelerini kapsamaktadır. Çalışmada kullanılan veriler 2025 yılı Ekim ayında kamuya açık kaynaklardan derlenmiştir. Nüfus verisi WorldPop (100m çözünürlük), mahalle sınırları Tapu ve Kadastro Genel Müdürlüğü, kırsal/kentsel ayrımı TÜİK, gelir düzeyi Meta Relative Wealth Index, seçim sonuçları Yüksek Seçim Kurulu (son üç Cumhurbaşkanlığı seçimi ortalaması) ve Alevi nüfusun yoğunlaştığı mahalleler ilgili sivil toplum kuruluşlarından temin edilmiştir. ASM ve gezici hizmet konum verileri İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınmıştır. Mekansal ulaşılabilirlik, coğrafi engeller ve topoğrafya dikkate alınarak, yürüme hızı 5 km/s varsayımıyla herhangi bir ASM'ye 15 dakika içinde erişebilen nüfus oranı olarak AccessMod 5.0 ile hesaplanmıştır. Bulgular, tanımlanan idari, ekonomik, sosyokültürel ve politik kategorilere göre yüzdeler halinde özetlenmiş; gelir düzeyi ve seçim sonuçları ile ulaşılabilirlik arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Seçim sonuçları ve gelir düzeyi hem sayısal olarak hem de çeyreklere ayrılıp incelenmiştir.

Bulgular

Çalışma alanını oluşturan 164 mahallenin toplam nüfusu 375.521 olup mahallelerin %75,6'sı (n=124, nüfus: 98,994) kırsal statüdedir. Genel olarak nüfusun %72,0'ı herhangi bir ASM'ye 15 dakikalık yürüme mesafesindedir; gezici hizmet noktalarının eklenmesiyle bu oran %77,7'ye yükselmektedir. Ulaşılabilirlik kentsel mahallelerde %90,2 iken kırsal mahallelerde %20,9'da kalmakta; gezici hizmetler kırsal alanda erişimi %41,2'ye çıkarmaktadır. Bu farklılaşma, sosyoekonomik ve politik göstergeler bakımından da belirgindir.

Gelir düzeyi çeyreklerine göre değerlendirildiğinde ASM'lere ulaşılabilirlik en düşük gelir çeyreğinde (Ç1) %20,0, en yüksek gelir çeyreğinde (Ç4) %92,9'dur; orta çeyreklerde oranlar Ç2 için %45,1, Ç3 için %49,5'tir. Gezici hizmetlerin dahil edilmesi ulaşılabilirliği ilk üç çeyrekte %12,0–%13,0 puan artırmaktadır (Ç1: %32,0; Ç2: %57,2; Ç3: %62,5); en üst gelir çeyreğinde artış sınırlı kalmaktadır (Ç4: %93,6).

Politik tercihlere göre bakıldığında ASM'lere ulaşılabilirlik, iktidar partisine desteğin en düşük olduğu mahallelerde (Ç1) %2,7 iken ikinci çeyrekte %94,0, üçüncü çeyrekte %84,5 ve en yüksek desteğin olduğu mahallelerde (Ç4) %33,4'tür. Gezici hizmetler eklenince ulaşılabilirlik Ç1'de %42,4'e, Ç4'te %52,3'e yükselmektedir. Alevi nüfusun yoğunlaştığı mahallelerde (tamamı kırsal mahalle) ASM'lere erişim %2,6 ile

diğer kırsal mahallelerde gözlenen %21,9'un belirgin biçimde altındadır; gezici hizmetler her iki kırsal grupta da erişimi %41,2 düzeyinde eşitlemektedir.

Korelasyon analizi, gelir düzeyi ile mekânsal ulaşılabilirlik arasında güçlü ve pozitif bir ilişki (r=0,74) bulunduğunu; iktidar partisi oy oranı ile ulaşılabilirlik arasında ise zayıf ve negatif yönlü bir ilişki saptandığını (r=-0,26) göstermektedir.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma, Balıkesir'in merkez ilçelerinde birinci basamak sağlık hizmetlerine mekansal ulaşımda önemli eşitsizlikler olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle kırsal, düşük gelirli ve Alevi nüfusun yoğunlaştığı mahalleler, ASM'lere erişim konusunda dezavantajlı konumdadır. Gezici sağlık hizmetleri, kırsal alanlardaki açığı bir miktar kapatsa da kentsel alanlarla arasındaki büyük farkı ortadan kaldırmakta yetersiz kalmaktadır. Bulgular, sağlık hizmeti planlamasında coğrafi ve sosyo-ekonomik faktörlerin sistematik olarak göz önünde bulundurulması gerektiğini göstermektedir. Gelecekteki ASM planlamalarında, hakkaniyet temelli ve kanıta dayalı mekansal analiz yaklaşımlarının benimsenmesi, sağlıkta eşitliğin sağlanması için katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Aile Sağlığı Merkezi, birinci basamak, mekansal ulaşılabilirlik, sağlıkta eşitsizlikler

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S233]
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ'NDE ÇALIŞMAKTA OLAN ASİSTAN HEKİMLERİN GIDA TAKVİYESİ KULLANIMI KONUSUNDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

***Elif Mehpare Tuğral*, Neriman Aydın, Elif Okşan Çalıkoğlu**
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Koruyucu hekimlikte hastalıklara yakalanmadan sağlıklı bir yaşam sürdürülmesi hedeflenmektedir. Hastalıkları önleme ve sağlığı geliştirmede beslenmenin rolü büyüktür. Gelişen teknoloji, değişen yaşam koşulları, artan tüketim ihtiyacı, nüfus artışı, yoğun iş temposu vb. nedenlerle sağlıklı beslenme çoğu zaman mümkün olmamaktadır ve bunun sonucunda da gıda takviyelerine ihtiyaç duyulmaktadır. Uzun mesai saatleri boyunca çalışmak durumunda olan asistan hekimler de kimi zaman bu yoğun tempo içinde kendi beslenmelerini ihmal edebilmektedirler. Bu çalışmada Tıpta Uzmanlık Sınavı ile üniversitemize yerleşen ve aktif çalışmakta olan asistan hekimlerin takviye gıda kullanım oranları ve bilgi düzeylerini değerlendirmek amaçlanmıştır

Gereç-Yöntem

Kesitsel tipteki çalışmamızın etik kurul onayı alınmıştır. Veriler Şubat 2025-Temmuz 2025 tarihleri arasında toplanmıştır. 603 asistan hekim bulunan hastanemizde %95 güven düzeyi ve %5 hata payı ile örneklem büyüklüğü 234 olarak hesaplanmıştır. Gönüllü olarak katılmayı kabul eden 144(%61) asistan hekim ile yüz yüze ve online anket ve ölçek uygulaması yapılmıştır. Anketimizde sosyodemografik özellikler, sağlıklı yaşam ve gıda takviyeleri ile ilgili 29 soru ve sağlıklı beslenme davranışları ile ilgili 21 ölçek maddesi (Tekkurşun Demir, G.,Cicioğlu, H. İ.(2019). Sağlıklı Beslenmeye İlişkin Tutum Ölçeği) bulunmaktadır. Veriler SPSS v.25.0 kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin analizinde Kikare, Fisher ve bağımsız gruplar t testi kullanılmıştır. Tüm analizlerde p değeri <0,05 anlamlı kabul edilmiştir

Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması 29,73±3,1'tü. Katılımcıların %61,8(n=89)'i kadın, %38,2(n=55)'si erkek; %48,6(n=70)'si evli; %62,5(n=90)'i dahili bilimlerde, %29,9(n=43)'u cerrahi bilimlerde, %7,6(n=11)'sı temel tıp bilimlerinde çalışmaktaydı. Ölçekten alınan minimum puan 41, maksimum puan 99'du. Ölçek puanlaması düşük, orta, yüksek ve ideal şeklinde gruplandığında katılımcıların %66,0(n=95)'ı ideal grupta, %25,7(n=37)'si yüksek puan grubunda yer aldı. İdeal puan alan grupta yer alanların %81,1(n=30)'ini kadınlar oluşturmaktaydı(p=0,019) Ölçek puanlarıyla çalışılan bölümler arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı(p=0,298) Katılımcıların kendi sağlık düzeylerini değerlendirdikleri genel sağlık düzeyi skor ortalaması 8,04±1,5, ortancası 9'du (minimum 2, maksimum 10). Gıda takviyeleri hakkında bilgi düzeylerini değerlendirdikleri skor ortalaması 5,67±2,0, ortancası 7'di (minimum 1, maksimum 10). Her iki soruda da kadınlarda skor daha yüksekti ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi(p=0,288, p=0,248). Katılımcıların %9'u her zaman; %58,3 bazen gıda takviyesi kullandığını, %32,6'sı hiçbir zaman kullanmadığını belirtti. Kullananların %72,1'i eksiklik/yetersizlik nedeniyle, %46,3'ü bağışıklığını desteklemek için,%42,2'si sağlığa faydalı olduğunu düşündüğü için kullandığını belirtti. Katılımcıların %23,6'sı gıda takviyelerini güvenli bulduğunu, %10,4'ü güvenli bulmadığını, %66,0'ı kısmen güvenli bulduğunu belirtti. %32,6'si her zaman, %56,9'u gerektiğinde hastalarına sağlıklı beslenme ile ilgili önerilerde bulunduğunu, %10,4'ü ise hiçbir zaman öneride bulunmadığını belirtti. %4,2'si her zaman, %75,7 gerektiğinde gıda takviyesi önerdiğini söyledi. Ankete katılan asistan hekimlerin çalıştığı bölümle gıda takviyesi kullanma oranları arasında anlamlı bir sonuç tespit edilmedi (p=0,603) Yine çalıştığı bölümle ölçekten aldığı puanlara bakıldığında anlamlı bir sonuç tespit edilmedi (p=0,298) Kadınların takviye gıda kullanma oranı erkeklere göre daha yüksekti(p=0,000) Gıda takviyelerini güvenli bulma oranı da kadınlarda daha fazlaydı (p=0,002) Hiçbir zaman takviye gıda kullanmayanların büyük çoğunluğu erkekti(p=0,000)

Katılımcıların %75,7(n=109)'si sigara, %82(n=118)'si alkol kullanmıyordu. Sigara kullanmayanların %72,3(n=77)'ü kadındı(p=0,000). Sigara kullanmayanların %67,3(n=68)'i, bırakanların %87,5(n=7)'i dahili tıp bilimlerinde çalışmaktaydı(p=0,024) Günde 7-8 saat uyuyanların %74,6(n=53)'sı dahili tıp bilimlerinde, düzensiz uyuyanların %50(n=5)'si cerrahi bilimlerde çalışmaktaydı(p=0,001) Katılımcıların %8,3'ünün kronik bir hastalığı vardı. Kronik hastalığı olanların %25'i PCOS, %25'i kardiyovasküler hastalık, %16,7'si hipotiroidi tanılıydı. Sürekli ilaç kullanmak durumunda olanların %87,5(n=7)'i takviye gıda da kullanmaktaydı. Hiçbir zaman takviye gıda kullanmadığını belirtenlerin % 97,9(n=46)'unun kronik hastalık nedenli ilaç kullanımı da bulunmamaktaydı (p=0,020)

Sonuç ve Öneriler

Çalışmamız asistan hekimlerin gıda takviyelerine bakış açısını ve tutumlarını ortaya koyması açısından önemlidir. Asistan hekimlerin sağlıklı beslenmeye ilişkin tutumları genel olarak olumlu, gıda takviyeleri konusundaki bilgi düzeyleri ise orta düzeydedir. Bu durum, gıda takviyesi kullanımında bilgi eksikliklerinin olabileceğini ve sağlık profesyonelleri arasında farkındalığın artırılması gerektiğini düşündürmektedir. Çalışmamızda kadın hekimlerin takviye gıdaları daha sık kullandığını ve bu ürünleri daha güvenli bulduğu, erkeklerin ise kullanıma daha mesafeli olduğu gözlemlendi. Çalışmamızda dikkat çeken bir diğer bulgu, kronik hastalığı veya düzenli ilaç kullanımı olan asistanların daha yüksek oranda gıda takviyesi kullanmalarıdır. Bu sonuç, klinik gereksinimlerin bireylerin davranışlarını etkileyebildiğini göstermektedir. Bunun yanında, çalıştığı bölüm ile takviye kullanımı ya da ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmaması, bireysel faktörlerin (cinsiyet, kişisel sağlık durumu, yaşam alışkanlıkları) bölüm farklılıklarından daha etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Cerrahi alanlarda çalışan asistan hekimlerin daha düzensiz uykuya sahip olması, yoğun ve yorucu iş temposunun yaşam alışkanlıklarına etkisini yansıtmaktadır. Asistan hekimler, toplum sağlığına yön verecek önemli bir grubu oluşturmaktadır. Bu nedenle, gıda takviyeleri konusunda doğru bilgiye dayalı eğitimlerin artırılması, hekimlerin bilinçli kullanımını destekleyecektir. Ayrıca asistan hekimlerin yoğun iş yükü göz önünde bulundurularak, sağlıklı beslenme ve yaşam alışkanlıklarını destekleyecek programların planlanması faydalı olacaktır

Anahtar Kelimeler: Asistan doktor, beslenme, takviye

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S234]
YEME BOZUKLUĞUNA İLİŞKİN KORKULAR VE PSİKOLOJİK DANIŞMA YARDIMI BEKLENTİLERİNİN OBEZİTE İLE İLİŞKİSİ

Ahmet Önder Porsuk[1], Dilara Ramadan[1], Çiğdem Cerit[2], Esra Gümüş Işık[1]
[1]Kırklareli Lüleburgaz İlçe Sağlık Müdürlüğü
[2]Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü

Giriş-Amaç

Sağlıklı beslenme vücudun ihtiyaç duyduğu tüm gıdalardan yeterli ve düzenli miktarda alınması olarak tanımlanmaktadır. Sağlıklı beslenmenin ana unsurlarından biri de sağlıklı yeme davranışlarıdır. Tüm yaşam boyunca sağlıklı yeme davranışlarının kazanılmasının sağlık kalitesinin korunmasında önemli faktör olduğu belirtilmiştir. Sağlıklı yeme davranışlarının bozulduğunu düşünen bireylerde yeme bozukluğuna ilişkin korkular oluştuğu bildirilmektedir. Bu korkular da insanların yeme davranışlarını şekillendirebilmektedir. Davranışsal sebeplerin yanında, insanların psikolojik durumları da yeme davranışlarında değişikliğe neden olabilmektedir. Psikolojik durumlarında olağandışılık hisseden bireylerde psikolojik danışma yardımı beklentilerinin arttığı bildirilmiştir. Bu çalışmada yeme bozukluğuna ilişkin korkular ve psikolojik destek ihtiyacının obeziteyle ilişkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Gereç-Yöntem

Kesitsel tipteki bu çalışma, Kırklareli ili Lüleburgaz ilçesinde, 26.04.2024 - 01.03.2025 tarihleri arasında 220 kişinin katılımıyla yapılmıştır. Çalışma sırasında herhangi bir örneklem seçimi yapılmamış olup, belirlenen tarihler arasında Lüleburgaz Sağlıklı Hayat Merkezi Beslenme Danışmanlığı Birimine başvuran, katılma kriterlerine uyan ve katılmayı kabul eden tüm bireyler dâhil edilmiştir. Çalışmanın yapılması için Kırklareli Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan ve ilgili kamu kurumlarından izinler alınmıştır. Çalışma tamamıyla araştırmacıların öz kaynaklarıyla ile finanse edilmiş olup herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri Yeme Bozukluğuna İlişkin Korkular Ölçeği (YBKÖ), obezite, Psikolojik Danışma Yardımına İlişkin Beklentiler Ölçeği Yetişkin Formu (PDBÖ), bağımsız değişkenleri ise sosyodemografik özellikler, beslenme alışkanlıkları, kronik hastalık varlığı gibi değişkenler olarak belirlenmiştir. Toplanan veriler SPSS 22.00 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler ve ikili lojistik regresyon testleri uygulanmıştır. Analizlerde $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya katılan 185 kadın ve 35 erkek bireyin (N=220) yaş ortalaması 48,6 (SD=11,8, min=19, max=76) olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların Beden Kitle İndeksi (BKİ) %55,5'inde (n=122) 30,0 - 34,9, %29,1'inde 35,0 - 39,9 (n=64) ve %15,5'inde (n=34) 40 ve üzeri olarak bulunmuştur. Katılımcıların en sıklıkla ilköğretim (n=106, %48,2) ve lise (n=72, %32,7) düzeyinde eğitimli oldukları görülmüştür. Katılımcılar maddi durumlarını %9,1 (n=20) iyi, %84,1 (n=185) orta ve %6,8 (n=15) oranlarında kötü olarak tanımlamışlardır. Katılımcıların YBKÖ ortalama puanları 74,25, PDBÖ ortalama puanları 114,97 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların YBKÖ puanlarının çalışma grubu ortalamasından yüksek ya da düşük olmasını etkileyen parametrelere bakıldığında yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu gibi parametrelerin yeme bozukluğuna ilişkin korkuları istatistiki olarak anlamlı düzeyde etkilemediği görülmüştür. Buna karşın BKİ'nin yüksek olmasının, yeme bozukluğuna ilişkin korkuların 1,55 kat [%95 GA, OR=1,553, (1,064-2,269), p=0,023] artmasına, eğitim durumunun yükselmesinin ise 0,6 kat [%95 GA, OR=0,605, (0,428-0,856), p=0,005] azalmasına katkısı olduğu saptamıştır.

Sonuç ve Öneriler

Çalışmamızın en önemli bulgularından biri, beslenme danışmanlığı birimine başvuran birbirinden çok farklı demografik, sosyoekonomik ve sosyokültürel özelliklere sahip danışanların ortak özelliklerinin, psikolojik danışma yardımına ilişkin beklentilerinin çok yüksek olduğudur. Bu bulgu beslenme danışmanlığı birimleri planlanırken, istihdam edilecek personel arasında mutlaka psikoloji eğitimi almış meslek profesyonellerinin de yer alması gerektiğini göstermiştir. BKİ'nin yüksek olmasının yeme bozukluğuna ilişkin korkuları arttırdığı yönündeki bulgumuz obeziteyle mücadelede erken müdahalenin önemini ortaya koymuştur. Yine eğitim durumunun yükselmesinin yeme bozukluğuna ilişkin korkuları azalttığı bulgumuz da eğitimin önemini bir kez daha vurgulamıştır. Bütün bu bilgiler ışığında son cümle olarak, obezite ile mücadelede mutlaka psikolojik danışmanlığın mücadelenin bir parçası olarak görülmesi gerektiği, obezite artmadan erken müdahale edilmesinin önemli olduğu ve eğitimin öncelenmesinin de gerektiği sonuçlarına ulaştığımız söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Obezite, psikolojik destek, yeme davranışları bozukluğu

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S235]
SAĞLIK İNANÇ MODELİNE DAYALI BESLENME EĞİTİMİNİN KANSER HASTALARININ YAŞAM KALİTESİ VE NÜTRİSYONEL DURUMUNA ETKİSİ

Büşra Şen[1], Ayşe Emel Önal[2], Sevgi Canbaz[2], Nimet Emel Lüleci[3]
[1]İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[2]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı
[3]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş-Amaç

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kanseri vücudun herhangi bir bölümünü etkileyebilen geniş bir hastalık grubu olarak tanımlamaktadır. Kanser, dünya genelinde en sık karşılaşılan ölüm nedenlerinden biridir. En sık rastlanan kanser türleri arasında trakea, bronş ve akciğer, meme ve kolorektum kanserleri yer almaktadır. Kanser hastaları, hastalığın kendisi ve tedaviye bağlı nedenlerle yetersiz beslenmeye yatkındır. Bu durum yaşam kalitesinin azalmasına ve mortalite oranlarının yükselmesine yol açmaktadır. Tedavi sürecinde iştahsızlık, tat ve koku değişiklikleri, gastrointestinal sorunlar ve yorgunluk gibi komplikasyonlar beslenme yetersizliğini derinleştirmekte;malnütrisyon ise terapötik etkinliği azaltmakta, tedavi toksisitesini artırmakta ve yaşam kalitesini düşürmektedir. Kanserin kendisi de artmış bazal metabolizma, protein ve yağ metabolizmasındaki bozukluklar ve enerji dengesizliği nedeniyle yetersiz beslenmeyi tetikleyebilir. Malnütrisyon, tedavi sürecini olumsuz etkilemesinin yanı sıra hastanede kalış süresini uzatır, iyileşmeyi geciktirir ve yeniden yatış oranlarını artırır. Bu nedenle, erken dönemde nütrisyonel riskin belirlenmesi ve uygun beslenme desteğinin sağlanması büyük önem taşımaktadır. Avrupa Klinik Beslenme ve Metabolizma Derneği (ESPEN) ve Ameliyat Sonrası Gelişmiş İyileşme (ERAS) toplulukları, özellikle yüksek riskli kanser hastalarında ameliyat öncesi oral beslenme desteğini önermektedir. Ayrıca ESPEN, hastaneye yatıştan sonraki 48 saat içinde NRS-2002 ile beslenme risk değerlendirmesi yapılmasını önermekte, 3 ve üzeri puanların beslenme riski olduğunu belirtmektedir. Kanser tedavisinde sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazanılması, yalnızca malnütrisyonu önlemekle kalmayıp yaşam kalitesini de yükseltmektedir. Çeşitli malignitelerde sağlıklı beslenmenin hastalığın seyrine, tedavi yanıtına ve hatta remisyon süresine olumlu katkı sağladığı gösterilmiştir. Ancak mevcut müdahaleler çoğunlukla davranışsal değişiklikten ziyade diyetetik tavsiyelere odaklanmaktadır. Bu çalışma, kanser hastalarına Sağlık İnanç Modeli (SİM) doğrultusunda verilen beslenme eğitiminin yaşam kalitesi, biyokimyasal parametreler, antropometrik ölçümler ve malnütrisyon üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç-Yöntem

Araştırma, ön test–son test tasarımında randomize kontrollü bir çalışma olarak Ocak–Ekim 2024 tarihleri arasında İstanbul'da yürütülmüştür. Evreni özel bir hastanenin onkoloji ünitesinde tedavi gören 600 hasta oluşturmuş, güç analizi sonucunda örneklem 145 kişi (75 müdahale, 70 kontrol) olarak belirlenmiştir. Veriler "Hasta Bilgi Formu", "Nutrisyonel Risk Değerlendirme Formu (NRS-2002)" ve "EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği" ile toplanmıştır. Müdahale grubuna "SİM temelli beslenme eğitimi" verilmiş, her iki gruba da ön test ve son test uygulanmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistikler, t-testi ve ki-kare analizleri ile değerlendirilmiştir. Çalışma için Etik Kurul (22.01.2024, No: 2372393) izni alınmıştır.

Bulgular

Eğitim sonrasında deney grubunda yaşam kalitesi puanları anlamlı biçimde yükselmiştir ($p<0.05$). PG-SGA ve NRS-2002 skorları belirgin biçimde azalmış, malnütrisyon oranı %63,3'ten %26,7'ye düşmüştür ($p<0.001$). Serum albümin (3.4±0.6→3.9±0.5 g/dL) ve hemoglobin (11.5±1.8→12.6±1.4 g/dL) düzeylerinde artış, CRP'de azalma gözlenmiştir. Beden kütle indeksi ortalaması 21.9±2.8'den 23.1±2.5 kg/m^2'ye yükselmiş; yorgunluk, iştahsızlık ve bulantı şiddeti belirgin biçimde azalmıştır. EORTC QLQ-C30'un fiziksel, emosyonel ve sosyal

işlevsellik alt alanlarında anlamlı iyileşme saptanmıştır. Katılımcıların %87'si eğitimle beslenme farkındalığının arttığını belirtmiştir. Kontrol grubunda anlamlı değişim gözlenmemiştir.

Sonuç ve Öneriler

SİM temelli beslenme eğitimi, kanser hastalarının yaşam kalitesini artırmakta, yetersiz beslenme riskini azaltmakta ve biyokimyasal parametrelerde iyileşme sağlamaktadır. Eğitim, hastaların kendi beslenme durumlarını fark etme, yetersiz beslenmeye ilişkin algılanan duyarlılık ve fayda düzeylerini artırma açısından etkili bulunmuştur. Bu sonuçlar, sağlık inanç modelinin onkoloji hastalarında davranış değişikliğini destekleyen güvenilir bir çerçeve sunduğunu göstermektedir. Multidisipliner yaklaşımla yürütülen beslenme danışmanlığı ve sürekli eğitim programlarının yaygınlaştırılması, hastaların tedaviye uyumunu, yaşam kalitesini ve prognozlarını iyileştirebilir.

Anahtar Kelimeler: Kanser, beslenme eğitimi, sağlık inanç modeli, yaşam kalitesi, malnütriyon

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S236]
BESİN GÜVENCESİZLİĞİNİN OBEZİTE ÜZERİNDEKİ DİREKT VE MODERATÖR ETKİSİ

***Ferdi Tanır**, Burak Mete, Hatice Merve Sadıkoğlu, Şeyma Nur Kutay Güler, Fatma İrem Dağlı, Hakan Demirhindi*
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Gıda ticaretinin küreselleşmesi, büyüyen dünya nüfusu, iklim değişikliği ve hızla değişen gıda sistemleri gıdanın güvenliğini etkilemektedir. 2022 Küresel Gıda Güvenliği Endeksi (GFSI) raporunun sonuçlarına göre küresel gıda güvenliği kötüleşmeye devam etmektedir. Türkiye 113 ülke arasında 49. sırada yer almaktadır. Bu raporda 2019'dan sonra gıda fiyatlarındaki artışın devam ettiği (pandemi nedeniyle) ve bunun sonucunda sağlıklı, besleyici ve yeterli gıdaya erişimde yaşanan zorluk vurgulanmıştır. Türkiye'de 2020 yılında gıda fiyatlarında %9.04'lik, 2021'de %18.11'lik artış, 2022'de %55.61'lik artış, 2023'de %71'lik artış, 2024'de %69.71'lik artış, 2025'de %41.76'lık artış meydana gelmiştir. Besin güvencesizliği, besinsel açıdan yeterli ve güvenli gıdaların sınırlı veya belirsiz bir şekilde bulunabilirliği ya da kabul edilebilir gıdaları sosyal açıdan kabul edilebilir yollarla edinme olanağının sınırlı veya belirsiz olması anlamına gelir. Yapılan çalışmalarda besin güvencesizliğinin obezite riskini artırabileceği belirtilmiştir. Bu durum "besin güvencesizliği–obezite paradoksu" olarak adlandırılmaktadır. "Sigorta hipotezi", besin güvencesizliğine bağlı obezitenin, vücudun enerji kıtlığı dönemlerinde daha fazla yağ depolama eğiliminden kaynaklanabileceğini öne sürmektedir. Bir diğer görüş ise bireylerin gelir düzeyi düştükçe enerjisi yoğun, maliyet ve besin kalitesi daha düşük ürünler tercih edilmesinin obezite ile ilişkili olabileceğidir. Genel olarak bakıldığında gıda güvencesizliği ile obezite arasında güçlü ve pozitif bir ilişki olduğu iddia edilse de çelişkili sonuçlar vardır. Yeni çalışmalarda bu ilişkiyi etkileyen cinsiyet, medeni durum, stres faktörleri ve gıda yardımı programlarına katılım gibi bazı değişkenlerin olduğu gösterilmiştir. Bu çalışma ile besin güvencesizliği ve obezite riski arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Kesitsel tipteki çalışmamız, 2025 yılı Ocak-Nisan aylarında, Doğankent Sağlık, Eğitim Araştırma Bölgesindeki birinci basamak sağlık kurumlarına (4 kırsal Aile Sağlığı Merkezi, Kent merkezinde 2 Sağlıklı Hayat Merkezi) başvuran bireylerde yapılmıştır. Ulaşılması gereken minimum örneklem büyüklüğü; güç %99, tip 1 hata (α)=0.05, etki büyüklüğü (f)=0.20 olarak kabul edilerek 752 kişi olarak bulunmuş, çalışmada 859 kişiye kolayda örnekleme yöntemiyle ulaşılmıştır. Anket formu; sosyo-demografik bilgiler, antropometrik ölçümler ve beslenme durumunu etkileyen faktörler ilgili sorulardan oluşan ilk kısım ile "Hane Halkı Gıda Güvensizliği Erişim Ölçeği" ve "Besin Tüketim Sıklığı" anketinin yer aldığı iki bölümden oluşturulmuştur. Değiştirilmiş "OECD eşdeğerlik endeksi" kullanılarak kişi başına düşen gelir hesaplanmıştır. Kişilerin kaydedilen gelirleri, Dünya Bankası'nın belirlediği yoksulluk sınırı ile kategorize edilmiştir. Kişilerin malnutrisyon risk skoru "Malnutrisyon Evrensel Tarama Aracı" ile hesaplanmıştır. Verilerin analizinde SPSS 21 ve JAMOVI programları ile Kruskal Wallis testi, Pearson Ki-kare testi, Binary lojistik regresyon analizi, Multinominal lojistik regresyon analizi, Moderasyon analizi kullanılmıştır. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak önemli kabul edilmiştir. Etik kurul izni ve katılımcılarından kişisel onamları alınmıştır.

Bulgular

Çalışmamıza dahil edilen bireylerin yaş ortalaması 34.70±13.84'tür (min:18-max:85). Katılımcılar arasında ciddi gıda güvencesizliği prevalansı %12.3, orta besin güvencesizliği %9.7'dir. Besin güvencesizliği alt gruplarına göre sosyo-demografik özellikler değerlendirildiğinde; ciddi besin güvencesizliği riski erkeklerde, kırsalda yaşayanlarda, yoksulluk sınırının altında geliri olanlarda daha yüksektir. Ayrıca ciddi besin güvencesizliği olanlarda medyan Beden Kitle İndeksi (BKİ) değerleri daha yüksek, kişi başına düşen gelir ve gıda ihtiyaçları için sosyal destek alma durumu daha düşük bulunmuştur. Ciddi ve orta besin güvencesizliği olan gruplarda

obezite oranları anlamlı olarak daha yüksek iken malnütrisyon oranları arasında fark yoktur. Orta ve ciddi besin güvencesizliği olanlarda günlük tüketilen süt ürünleri ve et-yumurta-kuru baklagil grubu gıdaların miktarının daha düşük, tahıl tüketiminin istatistiksel olarak önemli düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Obezite riskini tahmin etmek için oluşturulan lojistik regresyon modelinde, bağımsız değişkenlerden ciddi besin güvencesizliğinin obezite riskini 2.075 kat, yaştaki bir birimlik artışla 1.045 kat artırdığı bulunmuştur. Obezite riski, lise ve altı eğitimi olanlarda 2.55 kat (OR:0.392), sosyal destek alanlarda 1.91 kat (OR:0.522) daha düşük olduğu belirlenmiştir. Günlük alınan besin grupları miktarı ile besin güvencesizliğinin moderatör rolü değerlendirildiğinde, et-tavuk-balık-yumurta ve BKİ arasındaki ilişkide besin güvencesizliğinin önemli bir moderatör olduğu, besin güvencesizliğinin düşük (-SD) düzeylerinde günlük alınan proteinli gıda miktarı ile BKİ arasındaki ilişkinin güçlendiği ve yüksek düzeylerinde (+SD) ise ilişkinin zayıfladığı bulunmuştur.

Sonuç ve Öneriler

Çalışmamızın sonuçlarına göre ciddi besin güvencesizliği obezite riskini artırmaktadır. Besin güvencesizliğinin diyet içeriğinde protein miktarını azalttığı ve karbonhidrat miktarını artırdığı görülmektedir. Özellikle orta ve ciddi besin güvencesizliği olanlarda karbonhidrat ve atıştırmalık tüketimi daha fazladır. Sonuçlarımız besin güvencesizliğinin enerji yoğun, maliyet ve besin kalitesi daha düşük diyete yol açarak obezite riskini artırdığını desteklemektedir. Risk grupları tespit edilerek gıda yardımlarının yapılması ve yoksulluk ile mücadele edilerek besin güvencesizliğinin obezite üstündeki olumsuz etkilerinin azaltılabileceği kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: Obezite, yoksulluk, gıda güvenliği, protein

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S237]
TÜRKİYE'DE NE EĞİTİMDE NE İSTİHDAMDA (NEET) ERGEN VE GENÇ ERİŞKİNLERİN SAĞLIK DURUMU: EKOLOJİK ÇALIŞMA

***Bahar Marangoz*[1], *Alican Bahadır*[2], *Cem Yağmur Özdemir*[3]**
[1]*Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*
[2]*Konya İl Sağlık Müdürlüğü, Altınekin Devlet Hastanesi*
[3]*Afyonkarahisar Şehir Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Kliniği*

Giriş-Amaç

"Ne Eğitimde Ne İstihdamda Olan Gençler" (NEET – Not in Employment, Education or Training) kavramı, herhangi bir eğitim kurumuna devam etmeyen, istihdamda yer almayan ve mesleki beceri kazandırıcı bir eğitim sürecine dahil olmayan gençlerin varlığını ifade etmektedir. Günümüzde bu kavram, yalnızca işsizlik göstergesi olmanın ötesinde, toplumsal dışlanma, fırsat eşitsizliği ve ekonomik kayıpların kesişiminde yer alan çok boyutlu bir olgudur. NEET statüsü, gençlerin üretken yaşamdan uzaklaşarak ekonomik ve sosyal sistemin dışında kalmalarına yol açmakta; bu durum hem bireysel refahı hem de toplumsal kalkınmayı olumsuz etkilemektedir. NEET olgusu, cinsiyet temelli farklılıklar açısından değerlendirildiğinde, kadınlar için çok daha belirgin bir boyut kazanmaktadır. NEET statüsünde olmanın özellikle ruh sağlığı sorunları ve riskli sağlık davranışlarıyla ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu çalışmanın amacı Türkiye'de 15-24 yaş grubuna ilişkin yayımlanmış genel ve kadın NEET verilerini, TÜİK sağlık araştırması sağlık durumu faktörleriyle birlikte değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem

Bu çalışmada 2014-2022 yılları arasındaki Türkiye NEET verileri ILO, Türkiye sağlık verileri (2014, 2016, 2018, 2022 yılları) TÜİK web sitesinden elde edilmiş olup kamuya açık verilerle çalışıldığı için etik kurul onayı alınmamıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni Türkiye 15-24 yaş NEET ve 15-24 yaş kadın NEET oranıyken; bağımsız değişkenler: 15-24 yaş grubuna ilişkin genel sağlık durumu iyi olma, genel sağlık durumu kötü olma, tütün ve tütün ürünü her gün kullanma, tütün ve tütün ürünü ara sıra kullanma, tütün ve tütün ürünü daha önce kullanma, tütün ve tütün ürünü hiç kullanmama, alkol her gün kullanma, alkol daha önce kullanma, alkol hiç kullanmama, son 4 hafta içinde bedensel ağrı hissetme, görme sorunu, son 12 ay içinde hastanede en az bir gece yataklı tedavi hizmeti alma, 15-24 yaş kadınlarda genel sağlık durumu iyi olma ve kötü olma oranıdır. Ayrıca tüm yaşlar genel ve kadın intihar oranı da bağımsız değişkendir. Verilerin analizinde normal dağılıma uygunluk Kolmogorov Smirnov testi ile kontrol edilmiştir. 2014-2022 yıllarında NEET oranı ile o yılın sağlık parametreleri arasında ilişki olup olmadığı Spearman korelasyon testi ile analiz edilmiştir, $p<0.05$ düzeyi istatistiki olarak önemli kabul edilmiştir.

Bulgular

Genel NEET oranı (%) ile genel sağlık durumunu iyi olarak bildirenlerin oranı (%) arasında negatif yönde, güçlü bir ilişki saptanmıştır ($r = -0.800$, $p= 0.20$). Genel NEET oranı yükseldikçe bireylerin sağlık durumunu "iyi" olarak değerlendirme oranı azalmaktadır. Genel NEET oranı (%) ile tütün ve tütün ürününü her gün kullananların oranı (%) arasında pozitif yönde, güçlü bir ilişki saptanmıştır ($r = 0.800$, $p = 0.20$). Bu sonuç, NEET oranı arttıkça tütün kullanımının da artma eğiliminde olabileceğini göstermektedir. Genel NEET oranı (%) ile alkolü her gün kullanan bireylerin oranı (%) arasında pozitif yönde, orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($r = 0.600$, $p = 0.40$). NEET oranı yükseldikçe her gün alkol kullanan bireylerin oranı artma eğiliminde olabilir. NEET oranı (%) ile son 4 hafta içinde bedensel ağrı hisseden bireylerin oranı (%) arasında pozitif yönde, güçlü bir ilişki saptanmıştır ($r = 0.800$, $p = 0.20$). NEET oranı arttıkça bedensel ağrı bildiren bireylerin oranının da artma eğilimindedir. NEET oranı (%) ile görme sorunu yaşayan bireylerin oranı (%) arasında pozitif yönde, güçlü bir ilişki saptanmıştır ($r = 0.738$, $p = 0.26$). NEET oranı arttıkça görme sorunu bildiren bireylerin oranını artma eğilimindedir. NEET kadın oranı (%) ile tütün ve tütün ürününü hiç kullanmamış bireylerin oranı (%)

arasında negatif yönde, güçlü ve istatistiki olarak önemli bir ilişki saptanmıştır (r = –0.949, p = 0.05). Kadın NEET oranı arttıkça tütün ürünü hiç kullanmamış bireylerin oranı azalmaktadır. NEET kadın oranı (%) ile görme sorunu olan bireylerin oranı (%) arasında pozitif yönde, güçlü ve istatistiki olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r = 0.949, p = 0.05). Kadın NEET oranı arttıkça görme sorunu bildiren bireylerin oranı da artmaktadır.

Sonuç ve Öneriler

NEET ergen ve genç erişkinlerde genel sağlık durumunun iyi algılanmaması literatürle uyumludur. Bu grupla ilgili politikalar ve sağlık hizmeti sunumunda mevcut kırılganlıklarının yanı sıra sigara ve alkol kullanımı riskli davranışları gözetilmelidir. Hem genel hem de kadın NEET'de görme sorunu ilişkisinin nedenselliği araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: NEET, Kadın NEET, sağlık durumu, Türkiye

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S238]
TIP FAKÜLTESİ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNDE GIDA TAKVİYESİ KULLANIMI: NİTEL BİR ARAŞTIRMA

***Pelin Bulut*, Bülent Kılıç**
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Giriş-Amaç

Gıda takviyeleri, günlük beslenmeyle yeterince alınamayan vitamin, mineral ve diğer besin öğelerinin tamamlanması amacıyla kullanılan ve son yıllarda erişilebilirliğin artmasıyla yaygınlaşan ürünlerdir. Toplumda artan kullanım, sağlık alanında eğitim gören bireyler arasında da önemli bir eğilim haline gelmiştir. Hekim adaylarının gıda takviyelerine yönelik bilgi, tutum ve davranışları, gelecekteki hasta yönlendirmelerinde belirleyici rol oynamaktadır. Bu çalışma, tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin gıda takviyelerine ilişkin davranışlarını, düşüncelerini ve konuyla ilgili bilgi kaynaklarını saptamayı amaçlamıştır. Gereç-Yöntem: Araştırma fenomenolojik yaklaşımla kurgulanmış niteliksel bir çalışmadır. Çalışma 2025 yılı güz döneminde bir tıp fakültesinde Halk Sağlığı rotasyonu yapan intern doktorlarda yürütülmüştür. Çalışmada örnek büyüklüğü hesaplanmamış; amaca uygun örnek seçimi yöntemiyle cinsiyet dağılımı eşit olacak şekilde; 10 kadın, 10 erkek olmak üzere toplam 20 intern doktorla görüşülmüştür. Katılımcıların yaş ortalaması 23.8'dir. Araştırmada sadece görüşme yapmaya engeli olabilecek mental hastalığı olanlar dışlanmıştır. Diğer sağlık sorunu olan katılımcılar araştırmaya alınmıştır. Görüşmeler Eylül- Ekim 2025'te gerçekleştirilmiştir. Çalışma için tüm katılımcılardan aydınlatılmış onam alınmış, görüşmelerde ses kaydı yapılmış ve sonrasında metne dönüştürülmüştür. Veriler bir araştırmacı tarafından manuel olarak kodlanmış, tematik içerik analizi yöntemiyle değerlendirilmiştir. Kodlar ve temalar araştırmacılar tarafından ortaklaştırılmıştır. Araştırma için Etik Kurul onayı alınmıştır.

Bulgular

Katılımcıların birisi hariç tamamı aktif ya da dönemsel olarak gıda takviyesi kullandığını bildirmiştir. En sık kullanılan ürünler D vitamini, C vitamini, B12 vitamini, multivitamin kompleksleri, probiyotikler, protein tozu ve kreatindir. Gıda takviyelerini olumlu bulan görüşler altında 'Nutrient eksiklerini kapatma aracı olarak gıda takviyesi kullanımı', 'Gıdalara karşı güven eksikliği/ikame kullanım', 'Enerji artışı amaçlı kullanım', 'Psikolojik iyilik hali', 'Gıda takviyesi konusunda yetkililere danışmanın önemi', 'Vitaminlerin endikasyon dahilinde/ replasman amaçlı kullanımı' ön plana çıkan kodlardır. Gıda takviyelerini olumsuz bulan görüşler altında 'Gıda takviyelerinin bilinçsiz kullanımı', 'İntern hekimlerdeki takviyelere yönelik bilgi eksikliği', 'Toplumun gıda takviyeleri konusundaki bilgisizliği', 'Güvenilirlik/ Orijinallik sorunu', 'Organ hasarı endişeleri' ve 'Denetim eksikliği' ön plana çıkan kodlardır. Kullanım gerekçeleri beş ana temada toplanmıştır: (1) Laboratuvar bulgularına dayalı eksikliklerin replasmanı, (2) Bağışıklığın güçlendirilmesi ve hastalıklardan korunma, (3) Spor performansının artırılması ve kilo kontrolü, (4) Barsak sağlığı ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, (5) Enerji artışı ve psikolojik iyilik halinin sürdürülmesi. Bu temaları destekleyen bazı alıntılar aşağıda verilmiştir: "Vitaminleri ayrı ayrı kullandığımda; demir, B12, D vitamini gibi ayrı ayrı kullandığımda, sağlık amaçlıydı çünkü değerlerini ölçtürmüştüm ve düşük çıkmıştı. Multivitaminleri kullanma nedenim spor amaçlıydı. Daha fit olmak istedim, daha çok enerji istedim, o anlamdaydı. Protein tozu ve kreatin kullanmam da spor amaçlıydı. Onları çok araştırmıştım önceden. Hani bana yarar sağlayabileceğinin farkındaydım, o yüzden." (Erkek, 26 Yaş) Bilgi kaynakları arasında hekim önerisi ilk sırada yer alırken, kişisel araştırma, eczacı tavsiyesi ve sosyal medya içerikleri de etkili bulunmuştur. Katılımcıların çoğu tıp eğitiminde gıda takviyesi güvenliği, etkileşimleri ve bilimsel temellere dayalı kullanım konularında bilgi eksikliği bulunduğunu vurgulamıştır. 'Bu konuda bize çok da çok bilgi verildiğini düşünmüyorum açıkçası tıp fakültesinde de. Yani vitamin almamız konusunda söyleniyor ama mesela bizim kullandığımız preparatların da ne kadar emilip emilmediğini tam bilmiyoruz mesela. Hangi güçlü formları, zayıf formları vs. Bence daha çok bilgi

edinebiliriz aslında…. ne kadar faydalı gerçekten kısımda biraz eksiğiz bence.' (Kadın, 24 Yaş) 'Mesela güvenilir firmalardan alışveriş yapmak gerekiyor. Bu konuda internete çok güvenilebileceğini de düşünmüyorum. Bu konuda çok denetim olduğunu da düşünmüyorum. Olumsuz olarak bir de bu konuda pek bilgimiz de yok diyebilirim. Yani fakültede mesela bize bu konuda çok fazla ders de anlatılmıyor.' (Kadın, 24 Yaş) Yapılan bu çalışma, tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin gıda takviyesi kullanımını önemli bir gündem maddesi olarak gördüğünü ortaya koymuştur. Ancak,bu yoğun kullanıma rağmen öğrencilerin bilgi birikimlerinin ve kullandıkları kaynakların güvenilirliğinin farklılık göstermesi dikkat çekicidir. 'Olumsuz olarak, şöyle, protein tozunun mesela başlangıçta, nasıl diyim dozajını pek ayarlayamamıştım. Dozajını pek ayarlayamadığım için bende hafif proteinüriye sebep olmuştu' (Erkek, 26 Yaş) 'Şöyle, ben besinlerden (vitamin) alabildiğimi çok düşünmüyorum… hem sağlığını desteklesin diye hem diyet eksikliklerini tamamlasın diye kullanıyorum. Yurtdışından (gıda takviyesi) getirtebiliyoruz bazen işte tanıdıklardan bir şekilde bağlantı kurup getirenler falan oluyor şeyde Almanya'da çok yani oradan bazen getiriyorlar;…Ama toksik dozdan korkmuyor değilim. Ya bir gün karaciğerim acaba ne olacak? Ya da böbreğime bir şey olacak mı, gibi..'(Kadın,23 Yaş) 'Yani olumsuz olarak da çok fazla bir bilgi kirliliği var ortada. Çoğu zaman insanlar ne kullanması gerektiğini bilmiyor; ya da kullanması gereken şeyden korkuyor veya yanlış şeyler kullanıyor. O yüzden yani bu bilgi kirliliğinin çözülmesi gerektiğini düşünüyorum'(Erkek, 23 Yaş)

Sonuç ve Öneriler

Bu araştırma, tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinde gıda takviyesi kullanımının temel nedenleri arasında daha çok laboratuvar bulgularına dayalı eksikliklerin replasmanı, bağışıklığın güçlendirilmesi ve spor performansının artırılması/kilo kontrolü olarak belirtilmiştir. Ayrıca yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve psikolojik iyilik halinin sürdürülmesine de değinilmiştir. Bu araştırma, tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinde gıda takviyesi kullanımının önemli bir olgu olduğunu, ancak bilgi düzeyinin ve kaynak güvenilirliğinin değişkenlik gösterdiğini ortaya koymuştur. Bulgular, hekim adaylarının dahi bilgi kirliliğinden etkilendiğini ve uygulamada belirsizlik yaşadığını göstermektedir. Gıda takviyelerinin yalnızca laboratuvar bulgularına ve hekim önerisine dayalı biçimde kullanılması, ulusal düzeyde ürün denetimlerinin güçlendirilmesi ve toplumun sağlık okuryazarlığının artırılması gerekmektedir. Tıp fakültesi müfredatına gıda takviyeleriyle ilgili kanıta dayalı içeriklerin eklenmesi, gelecekteki hekimlerin hastaları bilinçli biçimde yönlendirmesine katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Gıda takviyeleri, intern doktor, halk sağlığı, nitel araştırma, sağlık okuryazarlığı

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

[S239]
MANİSA'DA SEÇİLEN ÜÇ BÖLGEDE 18 YAŞ VE ÜSTÜ KADIN BİREYLERİN FİTOTERAPİ KONUSUNDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI

***Sedat Yiğit*[1], *Erhan Eser*[1], *Zülal Akış*[2], *Muhammed Üre*[2], *Aslıhan Koşar*[2], *Çağla Kumral*[2], *Ata Ünal*[2], *Mert Açar*[2], *Sena Öztürk*[2], *Gizem Dereli*[2], *Eren Göktürk Demir*[2]**

[1]*Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*

[2]*Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem VI. Öğrencisi*

Giriş-Amaç

Fitoterapi, bitkilerle doğal tedavi anlamına gelmektedir. Destekleyici ürün ve yöntemler; belli dönemlerde ve toplumların kültürel değerleriyle çelişmeyen, ancak modern tıbbın dışında kalan tüm sağlık yaklaşımları, teknikleri, inançları ve uygulamalarını kapsamaktadır. Günümüzde hem Türkiye'de hem de Dünya genelinde bireylerin, sağlık sorunlarını ele alırken modern tıpla birlikte destekleyici ve bitkisel ürünlere giderek daha fazla başvurdukları gözlemlenmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda bitkisel tedavi kullanım oranın %31.6 ile %84.1 arasında değişmektedir. Manisa kent merkezinde seçilmiş bölgelerde 18 yaş üstü kadınlarda hekim önerisi dışında bitkisel ürün ve besin katkı maddeleri kullanımı sıklığı ve nedenselliğini ortaya koymak amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem

Manisa'da 15 Nisan-15 Mayıs 2025 tarihleri arasında kesitsel tipte yürütülen bu araştırmanın örneklem büyüklüğü OpenEpi programı kullanılarak, kentte seçilen 3 bölgedeki 3200 kişilik kadın evreni üzerinden %95 güven aralığı, %76 prevalans ve %5 hata payı kullanılarak 258 kişi olarak hesaplanmıştır. Örneklem seçiminde küme örneklem yöntemi kullanılmıştır. Bölgeler nüfusa göre tabakalandırarak toplam 26 küme başı hane belirlenmiş ve her bir kümenin 10 haneden oluşmasına karar verilmiştir. Küme başı haneler TÜİK mahalle istatistik verilerinden rastgele seçilmiştir. Araştırmanın verileri yapılandırılmış anket formu aracılığıyla yüz yüze anket yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Araştırmada 43 kişi araştırmaya katılmayı reddetmiş, 26 kişi evde bulunamamıştır. Araştırmaya katılan kişi sayısı 260'dir. Evde bulunamayan ve reddedenler icin bir sonraki haneye gidilmiş ve toplamda 329 hane ziyareti yapılmıştır. Araştırmanın katılım oranı %73.5 olarak bulunmuştur. Çalışmanın bağımlı değişkenleri; bitkisel ürünleri(sarı kantaron, keten tohumu, zayıflama çayları,çeşitli macunlar ve yağlar vb) ve besin ürünleri(vitamin, mineral,omega hapları vb) yaşamı boyunca sıklıkla kullanma durumudur. Bağımsız değişkenleri; sosyodemografik özellikler, yaşam biçimi özellikleri, sağlıkla ilgili değişkenler; ilaç dışı destekleyici ürün ve yöntemleri (bitkisel ürünler, vitaminler, hacamat, akupunktur vb.) yaşamı boyunca kullanıp kullanmadığı, bu ürünlere karşı tutumları, kullanma nedenleri, bu konulardaki bilgi kaynakları ve ürünleri temin ettikleri yerler; bitkisel ve besin desteği yöntemini ne sıklıkla kullandığı şeklinde sorgulanmıştır. Tanımlayıcı bulgular sürekli verilerde ortalama, standart sapma, kategorik verilerde sayı ve yüzde kullanılarak verilmiştir. İkili kategorik verilerin karşılaştırılmasında tek değişkenli analizlerde Ki-kare testi ve çok değişkenli ileri analizlerde lojistik regresyon analiz testi kullanılmıştır. Yapılan istatistiksel analizlerde tip 1 hata değeri 0,05 olarak kabul edilmiştir Araştırma için Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Etik Kurulundan onay alınmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 42±14,6 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %70,4'ü lise üstü eğitim düzeyinde, %55,4'ü evli, %74.2'i alt ve orta sosyal sınıfta, %52,7'si algılanan gelir düzeyi gelir giderine eşit veya düşüktür. Katılımcıların %55.4'ünün en az bir kronik hastalığı vardır ve %31.1'i ailelesinde sağlık çalışanı olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %67,7 bitkisel yöntem kullandığını belirmiş ve kullananların %54,5'i ihtiyaç duydukça veya ayda 1 kez ve %34,7'si her gün veya haftada 2-3 kez kullandığını belirtmiştir. Katılımcıların %76,5'i besin desteği aldığını belirtmiş ve alanların

%63,8'i her gün veya haftada 2-3 kez ve %22,1'i ihtiyaç duydukça veya ayda 1 kez aldığını belirtmiştir. Katılımcıların %88.5'i yaşamı boyunca en az bir destekleyici ürün/yöntemini kullanmış ve kullananların sırasıyla en sık %79,2'si bitkisel, %72,7'si besin desteği, %28,5 hacamat veya kupa, %20,4 hidroterapi veya kaplıca şeklinde sıralanmaktadır. Destekleyici ürün kullanmasının sebebi sırasıyla; %58,1'i hastalıklara karşı direnç geliştirmek, %36,5'i ağrılarını azaltmak ve %31,2'si ise sindirim problemlerini için kullandığını belirtmiştir. Aile ve/veya yakın çevresinde destekleyici ürün kullanımı %67,7'si kullandığını belirtmiştir. Destekleyici ürünü nereden temin edildiği sorgulandığında sırasıyla; %73,8'i eczaneler, %51,9'u baharatçıdan(aktarlar) temin ettiğini belirtmiştir. Katılımcıların ilaç dışı ürün/yöntemlere yönelik tutumları incelendiğinde, bu ürünleri faydalı bulanların oranı %58,9 iken, faydalı bulmayanların oranı %11,2 olarak belirlenmiştir. İleri analiz sonuçlarına göre, ilaç dışı ürün kullanmayı faydalı bulanlarda 11.6 kat(GA:4.47-27.83) daha sıklıkta bitkisel ürün kullanımı; aile gelir gider algısı gelir giderden fazla olanlarda 2.39 kat (GA:1.08-5.29), ilaç dışı ürünü faydalı bulanlarda 4.55 kat (GA:1.90-10.88) daha sıklıkta besin desteği kullanımı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Sonuç ve Öneriler

Araştırmaya katılanların en çok tercih edilen yöntemler arasında besin destekleri (%76.5) ve bitkisel ürünler (%67,7) öne çıkarken; hacamat, kaplıca, masaj ve manevi pratikler gibi geleneksel uygulamalar da dikkat çekici oranlarda kullanılmaktadır. Bu durum, kadınların sağlık davranışlarında hem modern hem de geleneksel yaklaşımları birlikte benimsediğini göstermektedir. Katılımcıların büyük bir kısmının bu ürünleri doktor tavsiyesi olmadan, kendi kararıyla veya çevresinden edindiği bilgilerle kullandığı belirlenmiştir. Ayrıca, ürün temini büyük oranda eczane dışı kaynaklardan (aktar, internet, market vb.) sağlanmakta; bu da kullanım güvenliği ve ürün kalitesi açısından önemli riskler taşımaktadır. Bireylerin özellikle bitkisel ürünler ve besin destekleri konusunda doğru bilgilendirilmeleri, sağlık okuryazarlıklarının artırılması ve bu ürünlerin denetimli şekilde sunulması, halk sağlığı açısından önemli bir gerekliliktir.

Anahtar Kelimeler: Besin tedavi, bitkisel tedavi, destek tedavi

ÖZET SÖZLÜ BİLDİRİ

SONUÇ BİLDİRGESİ

Resilient *Systems*
Healthy **Community**



Dirençli *Sistemler*
Sağlıklı **Toplum**

9. ULUSLARARASI 27. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

(10-13 ARALIK 2025/ ANTALYA)

SONUÇ BİLDİRGESİ

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) tarafından 10-13 Aralık 2025 tarihleri arasında Antalya'da düzenlenen 9. Uluslararası 27. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi başarıyla tamamlanmıştır.

Kongremizde yurtdışından ve ülkemizin dört bir yanından 306 katılımcı yer almıştır. Kongre bilimsel programı beş paralel salonda ilerlemiştir. İki salonda bilimsel oturumlar, üç salonda da sözlü bildiri sunumları yapılmıştır. HASUDER 15 Haziran 1995 tarihinde kurulmuş ve bu yıl 30. yaşını doldurmuştur. O nedenle ana salonlarımızı 30. Yıl Salonu ve Hıfzıssıhha Salonu olarak adlandırılmıştır. Sözlü bildiri salonlarına da bu yıl içinde kaybettiğimiz üç değerli hocamızın anısına İsmail Topuzoğlu, Gazanfer Aksakoğlu ve Ahmet Soysal adları verilmiştir. 30. Yıl ve Hıfzıssıhha Salonlarında 31 oturum (panel, konferans, ikili konferans); İsmail Topuzoğlu, Gazanfer Aksakoğlu ve Ahmet Soysal sözlü bildiri salonlarında ise 32 sözlü bildiri oturumu gerçekleştirilmiştir. Oturumlarda 12'si yurtdışından olmak üzere farklı disiplinlerden 67 bilim insanı sunumlarıyla kongremize zenginlik katmıştır. Kongrede 236 sözlü bildiri sunulmuştur. Kongre öncesinde her biri tam gün süren üç kurs (Hava Kirliliği Araştırmalarında Air-Q ile Sağlık Etkisi Hesaplama, Sağlık Alanında Araştırma Planlama ve Yazmada Büyük Dil Modellerinin Kullanımı, Sistematik Derleme ve Meta-Analiz kursları) düzenlenmiştir.

HASUDER tarafından hazırlanan "Halk Sağlığının İzinde" belgesel filminin ilk gösterimi gerçekleştirilmiştir.

Kongre ana teması "Dirençli Sistemler, Sağlıklı Toplum" olarak belirlenmiştir. Dirençli sistemler sağlıklı toplumun temelidir. Dirençli sistemler, sadece kriz anlarında ayakta kalabilen sağlam yapılar değil, karşılaştığı güçlüklerden edindiği bilgi ve deneyimle kendini geliştiren, güçlendiren sistemlerdir. Sistemin yaşadığı sarsıntılara dayanması ve hızla toparlanabilmesi gerekir. Dirençli sistemler ekonomik, çevresel ve sosyal durumlara karşı, esneklik yeteneğiyle uyum göstererek toplumsal iyilik halinin sürekliliğini sağlar. Eğitimden gıda güvenliğine, güvenli kentlerden sağlık altyapısına kadar her alanda dirençliliğin sağlanması ve sonuçta dirençli sistemlerle desteklenen bir toplum, değişen koşullar ve ortaya çıkan sorunlar karşısında ayakta kalmaya devam edebilir. Bu çerçevede dirençli toplum, karşılaştığı ekonomik, çevresel, sağlıkla ilgili ya da siyasal krizler karşısında çökmeyen, işleyişini sürdürebilen, risklere hazırlıklı ve uyum kapasitesi yüksek toplumdur.

Kongrede, kongre teması ön planda olmak üzere halk sağlığının pek çok konusu ele alınmıştır. Tüm katılımcılara katkıları ve bilimsel üretimleri için teşekkür ediyoruz.

Halk sağlığı alanında güncel paylaşımların ve tartışmaların yer aldığı, sorunların ve çözüm önerilerinin ortaya konulduğu kongrede vurgulanan temel konular şunlardır:

1. Barış, halk sağlığının temel belirleyicisidir ve barış ortamı kurulmadıkça toplumların hiçbir temel hakkı tam olarak güvence altına alınamaz. Savaş ve çatışma koşullarında sağlık, su ve gıda hakları başta olmak üzere tüm haklar sistematik biçimde engellenmektedir. Bu çerçevede, Gazze başta olmak üzere dünyadaki tüm çatışma bölgelerinde barışın sağlanması ve sivillerin korunması yönünde uluslararası toplum tarafından gecikmeksizin kararlı, tutarlı ve etkin adımlar atılmalıdır.

2. Ülkemizde özellikle nüfus politikaları ve doğurganlığın teşviki konularında getirilen uygulamalara karşı eleştirel yaklaşımı korumak gerekir. Kadınların doğurganlığının demografik, ekonomik, sosyal bir araç olarak görülmesinin, toplumsal cinsiyete dayalı eşitsizlikleri derinleştirebileceği, bireyin ve özellikle de kadınların haklarına bir müdahale zemini yaratabileceği akılda tutulmalıdır.

3. Dirençli bir sağlık sistemi ancak toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini görünür kılan ve politika tasarımından hizmet sunumuna kadar tüm süreçlerde cinsiyete duyarlı yaklaşımı kurumsallaştıran bir çerçeveyle mümkün olabilecektir. Kadınlar hem sağlık hizmetlerinin kullanıcısı hem de sistemin temel işgücü olarak yapısal eşitsizliklerden orantısız etkilenmektedir. Bu nedenle biyolojik cinsiyet ve toplumsal cinsiyet temelli farkları dikkate alan veri üretimi ve hizmet modellerinin güçlendirilmesi zorunludur.

4. Dirençli sağlık sistemi için stratejik bir ürün olan aşının ülkemizde üretilmesi bir zorunluluktur. Bu konudaki çalışmalar artarak devam etmelidir.

5. Vektörlerle bulaşan hastalıklar Dünyada ve Türkiye'de önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. İklimsel değişiklikler önemli bir risk faktörü olmakla birlikte, sosyal, davranışsal ve tarımla ilgili çok sayıda faktör de buna eşlik etmektedir.

6. Sektörler arası iş birliği hem ulusal hem yerel ölçekte vektörel hastalıkların kontrolü için en önemli müdahale yaklaşımıdır. İyi tarım uygulamaları, hayvan sağlığı ve refahı çalışmaları, toplumda risk farkındalığının artırılması ve güvenli davranışın yaygınlaştırılması bu iş birliği temelinde sağlanabilir. Şeffaflık ve toplum katılımı sektörler arası verimli iş birliğinin ve buna bağlı olarak yeni karşılaşılabilecek risklere karşı dirençli sistemlerin başlıca anahtarıdır.

7. Dirençli çevreler oluşturmak için büyük endüstriyel kaza risklerinin azaltılması (BEKRA) gerekmektedir. Bu kazalar hem iş kazası, hem çevre felaketi olması nedeni ile Çevre Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı düzenlemeleri ve denetimleri ile önleme ve kontrol sürdürülmektedir.

8. Türkiye'de iklim krizinin de etkisiyle orman yangınları dikkat çeken bir artış göstermektedir. Gerek yangınların ortaya çıkışı gerekse sonrasındaki müdahalelerde ormancılık politikaları büyük önem taşımaktadır. Orman arazileri korunmalı, bu alandaki çalışmalar için bütçeden ayrılan pay artırılmalıdır. Toplum orman yangınları öncesi ve sırasında yapılacaklar konusunda bilgilendirilmelidir.

9. Nükleer santraller sera gazları oluşturmadığı için havayı kirletmeyen bir enerji türü olarak ülkemizde de gündemdedir. Ancak normal çalışmaları sırasında bile çevreye radyonüklid salımı, nükleer atıklara sebep olması, nükleer atıkların silah yapımında kullanılma potansiyeli olması, nükleer santrallerin teröristlerin hedefi durumuna gelebilmesi gibi nedenlerle öngörülemeyen risk oranları fazladır. Başta kanserlerin artışı olmak üzere, insan sağlığı, toprak, yeraltı ve yerüstü suları, balıklar, hayvancılık risk altındadır. Nükleer afetler için hazırlıklı olunmalı, ulusal radyasyon acil durum planı, afet ve acil durum yönetimi, hastane afet ve acil durum planları (HAP), Türkiye KBRN hizmet grubu planı güncel olmalı, sığınaklar artırılmalıdır.

10. İklim krizinin halk sağlığı üzerindeki etkileri göz önüne alındığında, Türkiye'nin var olan sağlık altyapısının iklime dirençli hale getirilmesi ve bir iklim-sağlık eylem planının oluşturulması yaşamsal öneme sahiptir. İklime dirençli sağlık sistemleri için gerekli olan politik liderlik ve çok sektörlü koordinasyon; iklim ve sağlık verilerinin izlenmesi; erken uyarı sistemlerinin kurulması; eğitimli ve hazır sağlık iş gücü; İklime dirençli ve düşük karbonlu altyapılar, teknolojiler ve tedarik zinciri, İklime duyarlı sağlık programları, iklimle ilgili acil durum hazırlığı ve yönetimi, sürdürülebilir iklim ve sağlık finansmanı ve temel hizmetlerin kriz anında kesintisiz devam etmesi gibi temel özellikler bir an önce hayata geçirilmelidir.

11. İklim krizi olası afetleri ve etkilerini daha da karmaşıklaştırmaktadır. Bu nedenle yaşayacağımız olası afet durumlarına yalnızca bölgesel değil ulusal ve hatta uluslararası düzeyde sektörler arası işbirliği bakış açısıyla hazırlanmak ve toplumu da bu sürece dahil etmek için bilgi ve farkındalıklarının artırılması halk sağlığı eylemliliğinin öncelikli alanlarından olmalıdır.

12. Sağlıkla ilgili doğru veri kaynağına ulaşma, okuma, anlama, değerlendirme ve yaşama geçirme olarak tanımlanan sağlık okuryazarlığının, sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesinde çok önemli yeri vardır. Çocukluk yaşlarından itibaren sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi sağlanmalıdır. Sağlık okuryazarlığının artırılmasında, yaşam alanlarının tümünde sağlık okuryazarlığının artırılmasına yönelik çevresel düzenlemelerin yapılması etkili olacaktır.

13. Sağlık hizmetlerine ilişkin kararlar sadece uzmanlarla değil, toplumun da katılımıyla alındığında daha etkili ve adil hale gelir. Toplum katılımı pandemi gibi krizlerde güven ve etkileşimi güçlendirir.

14. Davranışsal bağımlılıkları da içine alan ruh sağlığı sorunları, kalp-damar hastalıkları, diyabet gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar günümüzde en yaygın sağlık sorunlarıdır. Bunların önemli nedenleri arasında sosyal ve davranışsal etmenler bulunmaktadır. Ayrıca halk sağlığı acillerinde toplumla birlikte harekete geçmek, toplumsal dayanışmayı güçlendiren aktörler arasında yer almak için halk sağlığı ve sosyal bilimler iş birliği içinde olmalıdır.

15. Toplum ruh sağlığı sorunları arasında yer alan intiharlar, sağlığı etkileyen sosyal belirleyiciler yeterince ele alınmadıkça artış gösterecektir. Kırılgan birey ve toplumların özel olarak ele alındığı dirençli sistemler ile intiharların önlenmesi sağlanabilir. Etkili önleme stratejileri, intihar araçlarına erişimin kısıtlanmasını, ergenlik döneminde sosyal-duygusal becerilerin güçlendirilmesini, riskli bireylerin erken tanınmasını, birinci basamakta taramaların artırılmasını ve medyada sorumlu haberciliği içermektedir.

16. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların (BOH) yönetiminde ülkemize özgü güçlüklerin belirlenmesi ve bunların aşılması için sürekli ve düzenli sürveyans çok önemlidir. Bu karmaşık izlemlerde "Artırılmış Zeka" yaklaşımı ile yapay zeka çalışmalarından yararlanılması sağlanmalıdır. Yapay zeka, sağlık hizmetlerinde insan yargısını güçlendirmek için hekim liderliğinde ve hasta merkezli organize edilmelidir. Yapay zekanın amaç değil sağlık hizmetlerinde destekleyici araç olarak kullanılması gereklidir. Türkiye'de kanser sürveyansı sınırlı sayıda ilde sürdürülmektedir. Bölgesel koşullara göre revize edilerek tüm ülkede ortak kanser sürveyansının yapay zeka destekli olarak yapılandırılması tamamlanmalıdır.

17. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların (BOH) izlenmesinde, birinci basamak sağlık hizmetlerindeki bölünme (aile hekimi birimi/merkezi, toplum sağlığı merkezi, sağlıklı hayat merkezi, KETEM vb.) en önemli sorundur. Sağlık hizmetlerindeki bu dağınıklığın giderilmesi tüm sağlık hizmetlerinde olduğu gibi BOH'un izlenmesindeki etkinliği de artıracaktır.

18. Halk sağlığı uzmanlık eğitiminde her ülkeye uygun tek bir model yoktur. Uzmanlık eğitiminin ulusal ihtiyaçlar doğrultusunda geliştirilmesi kadar uluslararası yaklaşımı da içermesi önemlidir. Halk Sağlığı uzmanlık eğitimi çalışmaları coğrafi ve kültürel farklılıklar gözetilerek, afetlere yanıtı içerecek biçimde ve "Tüm Politikalarda Sağlık" yaklaşımıyla sürdürülmelidir.

19. Çoklu krizlerde çocuklara yönelik sağlık hizmeti çocuğun üstün yararı gözetilerek sağlanmalıdır. Tüm çocuklar temel sağlık hizmetleri kapsamında olmalıdır. Krizlerde çevreden kaynaklanabilecek riskler tanımlanmalı, çevre sürveyansı yapılmalı ve çocukların bu risklerden korunmasına ilişkin çok sektörlü hizmet sunumu sağlanmalıdır.

20. Sağlıklı bir yaşam için insan odaklı, dirençli kentler; sağlığı teşvik eden bir çevre tasarımıyla, sağlıklı konutlarda dirençli altyapı, sosyal ve kültürel açıdan destekleyici çevre gibi faktörleri dikkate alan yaklaşımlarla mümkündür.

21. Yerel yönetimlerin sunduğu hizmetlerin tamamı toplum sağlığı ile doğrudan ya da dolaylı olarak ilişkilidir. Hizmet sunumunda merkezi yönetim ile yerel yönetimler arasındaki eşgüdüm sorunların giderilmesi gerekmektedir.

22. İş sağlığı ve güvenliği alanındaki yapay zekâ uygulamaları, büyük veri analizi, gerçek zamanlı izleme sistemleri ve öngörücü modeller aracılığıyla mesleki risklerin erken saptanmasında ve önlenmesinde önemli bir potansiyele sahiptir. Bu teknolojilerin kullanılmasında etik ilkeler, veri güvenliği, çalışanların onamı ve insan merkezli yaklaşımın temel alınması gerekir. Yapay zekâ, insan emeğinin yerini almaktan ziyade, çalışanların karar verme kapasitesini destekleyen ve iş sağlığı sistemlerinin dayanıklılığını artıran bir araç olarak ele alınmalıdır.

23. Son dönemde sağlık hizmet sunumunda kalıcı sağlık politikaları yerine geçici ve süreli uygulamaların tercih edilmesi istenen sağlık çıktılarının elde edilememesine neden olmaktadır. Bu durum hem birinci basamak sağlık çalışanlarının uygulayıcı olarak zorlanmasına hem de uygulama çıktılarının değerlendirilmesinde zorluklar yaratmaktadır. Bunun yerine halk sağlığı uzmanlarının değerlendirici ve karar verici noktadaki destekleriyle, sağlık verilerinin düzenli takibi sonucu oluşturulacak ve düzenli aralıklarla kapsamlı ve niteliksel olarak değerlendirilebilecek kalıcı ve uzun süreli politikalara ihtiyaç vardır.

24. Sağlık sistemlerinin yönetiminde veri kullanımı oldukça kritiktir. Sağlık hizmetlerinin doğru değerlendirilmesi, durum tespitlerinin yapılması, müdahalelerin planlanması, kaynakların verimli yönetimi, araştırmalar aracılığıyla doğru kanıtların üretilmesi için nitelikli verilere ihtiyaç duyulmaktadır. Fakat hem ulusal düzeyde hem yerel düzeyde verilere erişim konusunda bazı sorunlar da yaşanmaktadır. Özellikle yerel düzeyde halk sağlığı bakış açısıyla veri yönetiminde yeni bir kurgulamanın yapılması, halk sağlığı uzmanlarının veriye erişiminin kolaylaştırılması sağlık hizmetlerinin sunumunu güçlendirecektir.

25. Topluma yönelik bilimsel soru sorma sistematiğinin temelinde araştırma iletişiminin olduğu unutulmamalı; bilimsel araştırmanın kimin için yapıldığı, sonuçların kimlerle ve nasıl paylaşılacağı sürecin başında planlanmalıdır.

Halk sağlığı uzmanları olarak;
halk sağlığı alanında çalışan, emek veren, bilim üreten tüm paydaşlarımızla birlikte, bugüne kadar olduğu gibi bundan sonra da sağlığın bir hak olduğunu ve korumanın iyileştirmekten üstün olduğunu savunmaya, toplumun sağlığı için tüm kamu kurumları, yerel yönetimler, sivil toplum kuruluşları ve diğer paydaşlarla iş birliği yapmaya devam edeceğiz.

9. ULUSLARARASI 27. ULUSAL HALK SAĞLIĞI KONGRESİ

DÜZENLEME KURULU



www.hasuder.org

/hasuder