



**SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DERGİSİ**  
Turkish Journal of Health Literacy

SAYI  
**1**

Yıl:2023 Cilt:4



**TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DERGİSİ**  
**TURKISH JOURNAL OF HEALTH LITERACY**

**Cilt/Volume:** 4

**Sayı/Number:** 1

**Mart/March** 2023

**Yayın Dili**

Türkçe/İngilizce

**E ISSN:** 2717-7831

**Yayın Türü/Type of Publication**

Yaygın Süreli Yayın/Peer Reviewed Academic Journal

**Yayın Periyodu/Publishing Period**

Dört ayda bir (Mart, Haziran, Aralık aylarında)  
yayınlanır/Three times a year (March, June,  
December)

**Dergi Atıf Adı/Journal Name**

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi SOYD /  
Turkish Journal of Health Literacy

**Derginin Sahibi/Owner**

Alban Tanıtım Ltd. Şti.

**Yazı İşleri Müdürü/ General Publication Director**

S. Bahar Alban

**Yönetim Yeri - Akademik İçerik Danışmanlığı ve**

**Hazırlık/Management Location - Content Advisor**

Alban Tanıtım Ltd. Şti.

Tunalı Hilmi Cad. Büklüm Sokak No: 45/3

Kavaklıdere/Ankara Tel: 0.312 430 13 15

e-mail: editor@albantanim.com.tr

web: www.albantanim.com.tr

**Tasarım ve Uygulama/Graphic Design**

Alban Tanıtım Ltd. Şti.

**Tashih/Proofreading**

S. Bahar Alban

<http://www.saglikokuryazarligidergisi.com/index.php/soyd/index>



**Editörler/Editors**

Prof. Dr. Seçil Özkan / Gazi Üniversitesi

**Yayın Kurulu/International Editorial Board**

Prof. Dr. Seçil Özkan / Gazi Üniversitesi

Prof. Dr. Fevziye Çetinkaya / Erciyes Üniversitesi

Prof Dr. Pınar Okyay / Adnan Menderes Üniversitesi

Prof. Dr. Deniz Çalışkan/ Ankara Üniversitesi

Doç. Dr. Asiye Uğraş Dikmen / Gazi Üniversitesi

Doç. Dr. Hülya Şirin/ Sağlık Bilimleri Üniversitesi

**Hakem Kurulu/Board of Reviewing Editors\***

Asiye Çiğdem Şimşek / Ankara İl Sağlık Müdürlüğü

Asiye Uğraş Dikmen / Gazi Üniversitesi

Burcu Yavuz Tabak / Aksaray Üniversitesi

Deniz Odabaş / Ankara Üniversitesi

Deniz Sezgin / Ankara Üniversitesi

Emine Avcı / T.C Sağlık Bakanlığı

Emrah Akbaş / T.C Sağlık Bakanlığı

Fevziye Çetinkaya / Erciyes Üniversitesi

Filiz Abacıgil / Adnan Menderes Üniversitesi

Filiz Aslantekin Özçoban

H. Ahmet Pekel / Gazi Üniversitesi

Hakan Tüzün / Gazi Üniversitesi

Hasan Tabak / Aksaray Üniversitesi

Hilal Özcebe / Hacettepe Üniversitesi

Hülya Şirin / Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Işıl Maral / İstanbul Medeniyet Üniversitesi

Kezban Çelik / TED Üniversitesi

Meral Saygun / Kırıkkale Üniversitesi

Meryem Merve Ören / Kırıkkale Üniversitesi

Mustafa Altunsoy / Gazi Üniversitesi

Nureddin Özdeğer / Adana İl Sağlık Müdürlüğü

Özge Karadağ Çaman

Pınar Okyay / Adnan Menderes Üniversitesi

Sarp Üner / Lokam Hekim Üniversitesi

Şahin Toprak / Harran Üniversitesi

Tuba Özdemirkan / Ankara İl Sağlık Müdürlüğü

Ufuk Timuçin / Maltepe Üniversitesi

Umut Beşpınar / ODTÜ

Zehra Aycan / Ankara Üniversitesi

Zeynep Şenlik / Ankara İl Sağlık Müdürlüğü

**\*İsme göre alfabetik sırada/In alphabetical order by name**

Sağlık Okuryazarlığı Dergisi ulusal hakemli bir dergidir.

Yayımlanan makalelerin sorumluluğu yazarına/  
yazarlarına aittir.

*The Journal of Health Literacy is a national refereed  
journal. Authors bear responsibility for the content of their  
published articles.*

# İçindekiler *Table of Contents*

<p>DERLEME / REVIEW</p> <p><b>Yüksek Riskli Gebeliklerin Yönetiminde Sağlık Okuryazarlığı</b> <i>Health Literacy in High-Risk Pregnancy Management</i> <b>Özlem Onar</b></p>	1
<p>ARAŞTIRMA / RESEARCH ARTICLE</p> <p><b>Kendi Kendine İlaç Kullanımı ve Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Özelliklerin Saptanması</b> <i>Identifying Characteristics Related to Self-medication and Health Literacy</i> <b>Zeynep Belma Şenlik &amp; Tuğba Özdemirkan &amp; Abide Aksungur</b></p>	4
<p>ARAŞTIRMA / RESEARCH ARTICLE</p> <p><b>Bir İlde İkinci Basamak Sağlık Kurumlarında Görev Yapan Hekimlerin Bulaşıcı Hastalıklar Bildirim Sistemi Bilgi Düzeyleri, Tutumları Ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi</b> <i>Evaluation of Knowledge Levels, Attitudes and Influencing Factors of Physicians Working in Secondary Health Care Services in One Province, about Communicable Diseases Notification</i> <b>Selmur Topal &amp; Fehminaz Temel &amp; Hülya Şirin &amp; Asiye Çiğdem Şimşek</b></p>	18
<p><b>Yazarlara Notlar</b> <i>Notes for Contributors</i></p>	





# Yüksek Riskli Gebeliklerin Yönetiminde Sağlık Okuryazarlığı

## Health Literacy in High-Risk Pregnancy Management

Özlem Onar<sup>1</sup> 

1. Danışman, Dünya Sağlık Örgütü

### Öz

2020 yılında, Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü ve DSÖ iş birliğinde “ Geçici Koruma Altındaki Suriyeli ve Türk Vatandaşı Kadınlarda Riskli Gebeliklerin Tanı ve Takibi” projesi yürütüldü. Bu proje kapsamında sağlık çalışanları eğitildi ve bu süreçte yakalanan 300 riskli gebelik yakından takip edildi. Pandemi koşulları nedeniyle izlem yöntemleri değişmek zorunda kalmakla birlikte personel ve gebe eğitimleri gerçekleştirildi, yeni gebe bilgilendirme sınıfı oluşturuldu ve riskli gebeler yakından izlendi. Sonuç olarak, dezavantajlı gruplara ulaşılması, mesleki tatmin artışı ve sürdürülebilirlik açısından eğitilmiş sağlık personeli bu projenin çıktıları arasındadır. Ayrıca izlenen riskli gebelerde hiç anne ölümü olmamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Riskli Gebelikler, Anne ve Bebek Ölümleri, Göçmenler.

### Abstract

In 2020, the Sanliurfa Provincial Health Directorate and WHO have worked on the “Detection and Monitoring of Risky Pregnancies among Syrian and Turkish Women under Temporary Protection” project. Healthcare personnel have been trained and 300 risky pregnancies have been closely monitored during the project. Due to the pandemic, the monitoring methods had to be changed. As a result, personnel and pregnancy trainings have been conducted, a new pregnancy information class was created and risky pregnancies were closely monitored. In conclusion, this project has led to reaching out to groups in a disadvantage, increased job satisfaction and health personnel that were trained with sustainability in mind. In addition, no mother deaths have occurred within the monitored risky pregnancies.

**Keywords:** Risky Pregnancies, Mother and Infant Deaths, Immigrants.

Alıntı Şekli / Cite this article as: Onar Ö. Yüksek Riskli Gebeliklerin Yönetiminde Sağlık Okuryazarlığı. SOYD. 2023;4(1):1-3

Sorumlu Yazar / Corresponding Author:  
Özlem Onar,  
E-mail:

## GİRİŞ

2011 yılından bu yana 5,6 milyondan fazla insan, güvenlik sebebiyle Suriye dışına Lübnan, Türkiye, Ürdün ve diğer ülkelere göç etmek zorunda kaldı ve milyonlarca kişi daha Suriye içinde yerlerinden edildi. Türkiye en yüksek Suriyeli sığınmacı nüfusuna evsahipliği yapan ülkedir. Türkiye’de 2022 Mayıs ayı itibarıyla resmi rakamlara göre kayıtlı 3,762 889 Suriyeli göçmen vardır ve bunların %21,6’sı 15-45 yaş aralığında kadındır.

Şanlıurfa, Türkiye’deki göçmen nüfusun %11,5’ini (420,236) barındırmaktadır. Şanlıurfa nüfusu içinde Suriyeli göçmenlerin oranı %20,3’dür.

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre;

- Şanlıurfa nüfusu 2,073,614 kişi olup, Türkiye nüfusunun %2,5’idir.
- Şanlıurfa’da gerçekleşen doğumlar 60,623 kişi olup, tüm Türkiye’de gerçekleşen doğumların %5,1’idir. 2019 yılında, Türkiye’de toplam doğurganlık hızı 1,88 iken Şanlıurfa 3.89 ile birinci sırada yer almaktadır.

Göçmenler; psikolojik veya fiziksel travmalar, gelirlerin düşük olması, daha kötü koşullarda yaşamaları nedeniyle sosyokültürel açıdan dezavantajlı gruptadırlar. Ayrıca; dil sorunları ve kültürel etmenler de eklenince üreme sağlığı hizmetlerine erişimleri daha da kısıtlı olmaktadır. Bunların sonucunda da gebelik süreçleri olumsuz olarak etkilenmektedir.

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan “Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi”ne göre herhangi bir sorunu olmayan gebeler için en az dört izlem önerilmekte ve belirli risk faktörleri varsa bu izlemin daha da artırılacağı ve ilgili uzman hekim yönlendirmelerinin yapılacağı belirtilmektedir.

## YÖNTEM

Anne ve bebek ölümlerinin azalması, riskli gebelerin takiplerinin sağlanması ve gebelikte yapılan izlemlerin teşvik edilmesi ve Türk ve Suriyeli gebe kadınların bu süreçte eğitilmelerini sağlamak amacıyla;

2020 yılında, Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü ve DSÖ iş birliğinde “ Geçici Koruma Altındaki Suriyeli ve Türk Vatandaşı Kadınlarda Riskli Gebeliklerin Tanı ve Takibi” projesi yürütüldü.

Projenin başlangıç aşaması olarak, riskli ve yüksek riskli gebelerin ilçe sağlık müdürlüğü ve göçmen sağlığı

merkezlerinde takip edecek sağlık çalışanlarının 3 günlük eğitimleri gerçekleştirildi.

Eğitimlerin hazırlık sürecinde, eğitim konularını, içeriği ve kapsamı üzerinde 1 perinatoloji uzmanı, 2 kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, 1 çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, 2 halk sağlığı uzmanı, 1 tabip, 1 fizyoterapist, 1 diyetisyen ve 1 psikolog çalıştı. Eğitim materyalinin hazırlanmasının ardından riskli gebelik eğitici eğitimi 11-12 Şubat 2020 ve 2 Mart 2020 tarihinde gerçekleştirildi. Eğitimlere Şanlıurfa İlinde bulunan 13 İlçe Sağlık Müdürlüğünden 18 hekim, 17 ebe ve 6 hemşire olmak üzere toplam 41 kişi eğitildi. Katılımcıların %85’i mezuniyetleri sonrasında riskli gebeliklere özel bir eğitim almadıklarını bildirdi. Uygulanan ön test-son test çalışmasında da katılımcıların bilgi düzeylerinde artış olduğu görüldü.

Eğitim konuları riskli gebelikler ve gebelik hakkında 18 farklı konuyu içermekteydi. Bunlar:

- Gebelik Fizyolojisi,
- Gebelikte Meydana Gelen Değişiklikler,
- Gebelikte Tehlike İşaretleri, Bağışıklama,
- İlaç Kullanımı, Doğum Süreci,
- Doğum Ağrısıyla Başa Çıkma Yöntemleri,
- Doğum Algısı ve Doğum Korkusu,
- Doğuma Hazırlık,
- Lohusalık Dönemi Fizyolojik ve Psikolojik Değişiklikler,
- Lohusa izlem,
- Doğum Sonrası Bakım,
- İletişim ve Etkili Sunum Teknikleri,
- Gebelikte Beslenme,
- Gebelikte Egzersiz,
- Gebelik Takibi, Rutin Tetkikler,
- Yeni doğanın İlk Bakımı,
- Aile Planlaması, Emzirme,
- Anne Sütü Önemi,
- Riskli Gebelikler ve Riskli Gebelikler Algoritmasıdır.

Eğitimlerin yanısıra, hem ilçe ekiplerini koordine etmek hem de uzman hekimlerle iletişimi sağlamak adına Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde bir proje koordinasyon merkezi kuruldu. Ayrıca görsel materyaller (afiş, broşür vs.) oluşturuldu ve her ilçe sağlık müdürlüğüne dağıtıldı. İlçe

sağlık müdürlüğü aracılığıyla da halkın bilgilendirilmesinde kullanıldı.

Şanlıurfa il merkezinde yer alan Yenice Göçmen Sağlığı Merkezinde bir gebe bilgilendirme sınıfı oluşturuldu. Riskli gebelerin izlemlerinde hastane ulaşımını sağlamak amacıyla 4 araç alındı.

## BULGULAR

COVID-19 pandemisi öncesinde proje, sağlık çalışanlarının eğitimlerinin ardından hastaneler, aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri ve göçmen sağlığı merkezlerinde görülüp, riskli ve yüksek riskli gebelik tanısı alan Türk ve Suriyeli kadınlardan 300 tanesinin bu kapsamda eğitilmesi ve izlenmesi esasına dayalıydı. Ayrıca, oluşturulacak gebe bilgilendirme sınıflarında öncelikle riskli gebelere eğitimler verip ayrıca izlemlerinin ve gerekli durumlarda uzman hekimlere yönlendirmelerinin yapılması planlanmaktaydı.

Ancak, sağlık çalışanları olarak pandemi yönetiminde görev almanın yanı sıra sokağa çıkma kısıtlamaları ve gebelerin de toplu bir şekilde gebe sınıflarına katılmaktan çekinmeleri sonucunda projede yapısal değişikliğe gitmek durumunda kalındı.

Bu nedenle, gebeler gebe sınıfları yerine telefon görüşmeleri ile eğitildi. Aslında bu şekilde başlangıçta planlanandan daha fazla izlem yapılabilirdi. Normal şartlar altında 3 izlem yapılması planlanırken gebelerle gebelik haftasına bağlı olarak 8-12 izlem yapıldı. Sık aralıklarla görüşmeler sayesinde tehlike belirteçleri, kullanılan destek ilaçlar, herhangi bir sorununun olup olmadığı konusunda daha erken cevaplar alındı. Gebelerimiz, telefon yoluyla eğitimin yanı sıra hem ilçe sağlık müdürlüğü hem de göçmen sağlığı merkezlerine de davet edildi. Katılmayı kabul edenlere oluşturulan gebe bilgilendirme sınıflarında interaktif eğitimler de ayrıca verildi. Proje sonu olarak da doğum yapan gebelere bebek bakım çantası ve bebek bakım setinden oluşan hediyeler sunuldu. Projedeki yararlanıcılar ekipler tarafından büyük bir titizlikle sosyoekonomik olarak düşük düzeydekiler arasından belirlendi. Gebe bilgilendirme sınıflarında veya telefonda aldıkları gebelik eğitimlerinin yanında; gebelik izlemlerinin takiplerinin yapılmasının önemi hakkında da bilgilendirmeler yapıldı. Çevrelerine de anlatmaları hususunda bilgiler ve broşürler verildi.

## SONUÇ

Proje sonunda takip edilen gebeliklerden Türklerin %94.8'i, Suriyelilerin %92.8'i canlı doğumla sonuçlandı. 12 Türk (%5.2) ve 5 Suriyeli (%7.2) düşük ya da ölü doğum izlendi. Türklerin %10'unda, Suriyelilerin %9.4'ünde prematür doğumlar oldu.

Takip edilen riskli gebelerden hiç anne ölümü yaşanmadı.

## Projenin Sonunda Kazanımlarımız

Daha dezavantajlı gruplara ulaşılabildi ve gebeliklerinin daha yakından takip edilebilmesi sağlandı. Yapılan görüşmelerde mesleki tatmin artışının olduğu gözlemlendi. Ayrıca sürdürülebilirlikaçısından en önemli kazanım, proje sonrasında da çalışmalarını sürdürecektir eğitimli ekiplerin oluşmasıdır. Ayrıca eğitim materyalinin geliştirilmiş olması ekiplerin personel hareketliliğinden daha az etkilenmesini sağlayacaktır. Hepsinden önemlisi de sağlık okuryazarlığının artırılmasında atılmış küçük bir adım, bir il örneği olarak yer almasıdır.



# Kendi Kendine İlaç Kullanımı ve Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Özelliklerin Saptanması

*Identifying Characteristics Related to Self-medication and Health Literacy*

Zeynep Belma Şenlik<sup>1</sup>

Tuğba Özdemirkan<sup>1</sup>

Abide Aksungur<sup>1</sup>

1. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü

## Öz

**Amaç:** Ankara ilindeki aile hekimliği birimlerinden sağlık hizmeti alan bireylerin kendi kendine ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlık düzeyinin saptanmasıdır.

**Yöntem:** Kesitsel tipteki bu çalışma, Aile hekimliği birimine herhangi bir sebeple başvuran, 18 yaşın üzerinde, çalışmaya katılmayı kabul eden 355 kişi ile yürütülmüştür. Veri kaynağı olarak anket formu yüz yüze uygulanmıştır. Anket formunun birinci bölümünde sosyo-demografik özelliklere ilişkin sorular, ikinci bölümde sağlık durumu ve kendi kendine ilaç kullanımına ilişkin sorular ve üçüncü bölümde ise Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği yer almaktadır.

**Bulgular:** Katılımcıların kendi kendine ilaç kullanım sıklığı %27,9, son 1 yılda kendi kendine ilaç kullanım sıklığı %24,8, son 1 ayda kendi kendine ilaç kullanım sıklığı %19,2'dir. Katılımcıların %15,2'si ilaçların prospektüsünü okumadığını belirtmiştir. Katılımcıların %53,5'i yetersiz, %19,4'ü sorunlu, %18,6'sı yeterli, %8,5'i mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyindedir. Katılımcıların kendi kendine ilaç kullanma sıklığını kadın olmak 3,0 kat, kronik hastalığın olması 5,9 kat, prospektüs okumak 5,6 kat, iki haftadan az süren sağlık sorunları olduğunda eczacıya danışarak ilaç kullanmak 8,8 kat, iki haftadan az süren sağlık sorunları olduğunda arkadaş, tanıdık tavsiyesi ile ilaç kullanmak 4,1 kat iki haftadan az süren sağlık sorunları olduğunda bitkisel-geleneksel yöntemleri kullanmak 6,7 kat, evde, ileride lazım olur düşüncesi ile ilaç bulundurmamak 5,2 kat, aile bireyelerine ilaç tavsiyesinde bulunmak 7,3 kat artırmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Kendi Kendine İlaç Kullanımı, Sağlık Okuryazarlığı, Sağlığı Etkileyen Davranışlara.

**Alıntı Şekli / Cite this article as:** Şenlik BZ, Özdemirkan T, Aksungur A. Kendi Kendine İlaç Kullanımı ve Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Özelliklerin Saptanması. SOYD. 2023;4(1):4-17

**Sorumlu Yazar / Corresponding Author:**  
Zeynep Belma Şenlik, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü  
E-mail: zeynepsenlik@gmail.com



## Abstract

To determine the self-medication use and health literacy level of individuals who receive health services from family medicine units in Ankara.

This cross-sectional study was carried out with 355 people over the age of 18 who applied to the family medicine unit for any reason and agreed to participate in the study. As a data source, the questionnaire form was applied face to face. The first part of the questionnaire includes questions about socio-demographic characteristics, the second part includes questions about health status and self-medication, and the third part includes the Turkish Health Literacy Scale.

The frequency of self-medication of the participants was 27.9%, the frequency of self-medication in the last 1 year was 24.8%, and the frequency of self-medication in the last 1 month was 19.2%. 15.2% of the participants stated that they did not read the prospectus of the drugs. 53.5% of the participants were inadequate, 19.4% had problems, 18.6% were adequate, and 8.5% had excellent health literacy. The frequency of self-medication by the participants is 3.0 times higher for women, 5.9 times for chronic disease, 5.6 times for reading a prospectus, 8.8 times for health problems lasting less than two weeks, after consulting a pharmacist when there are health problems lasting less than two weeks. Using herbal-traditional methods when there are health problems lasting less than two weeks 4.1 times, using herbal-traditional methods 6.7 times, keeping medication at home with the thought that it will be needed in the future 5.2 times, recommending medication to family members 7, It increases 3 times.

**Keywords:** Self-medication, Health Literacy, Behaviors Affecting Health.

## GİRİŞ

İlaç tarih öncesi dönemlere dayanmasına rağmen, biyoteknoloji alanındaki ilerlemelerin hız kazanmasıyla birlikte önemli bir sektör haline gelmiştir. Bitkilerden ilaç yapmasını öğrenen insanoğlu, yeni kimyasallar ekleyerek ilacı daha etkin kullanmaya başlamış ve günümüzdeki modern ve bilimsel ilaçlara ulaşmıştır (1). Modern tıbbın temel hedefi sağlıklı insanların korunması olmakla birlikte, günümüzde sağlık hizmetlerinin çoğu, hasta insanların ilaçlarla iyileştirilmesi biçiminde sunulmaktadır (2).

İlaç; insanları hastalıklardan korumak, tedavi etmek, teşhis koymak, bir fizyolojik fonksiyonu düzeltmek veya insan yararına değiştirmek amacıyla kullanılan, genellikle bir veya kombinasyon halinde doğal ve sentetik kaynaklı maddelerden formüle edilmiş etkin maddeler içeren dozu ayarlanmış, patolojik veya fizyolojik şartlarda, alıcının yararını değiştirmek için kullanılan madde/ürün' şeklinde tanımlanmaktadır (3, 4).

Sağlık sorunu olan kişiler tedavi ararken bazen sorunu kendi kendilerine çözmeye çalışmaktadır. Kendi kendine ilaç kullanımı, daha önce bir doktor tarafından hastalık durumu için öngörülen bir ilacın aralıklı veya sürekli kullanımınıdır (1, 5,6).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); kendi kendine ilaç kullanımını (self-medikasyon), kişilerin kendileri tarafından bilinen hastalıklar veya semptomları tedavi etmek üzere yine kendileri tarafından ilaçların seçilmesi ve kullanımı olarak tanımlar (7). Literatürde bu tedavi şeklinin çeşitli yolları

dikkati çekmektedir. Hekim tavsiyesi olmaksızın ilaç almak, eski reçeteleri tekrar kullanmak, evde bulunan, arta kalan ilaçları kullanmak, ailenin veya sosyal çevrenin üyeleri ile ilaç paylaşmak biçimlerinde yerini almıştır. Aile, arkadaşlar, komşular, geçmiş deneyimler, eczacılar, medya, gazete ve dergiler bireylerin kendi kendine ilaç kullanımını hakkındaki bilgi kaynakları arasında gösterilmektedir. Kendi kendine ilaç kullanımı kişilerin sağlık davranışlarına aktif şekilde katılımı, doğru ve hızlı tedaviye erişim, sağlık kurumlarında bekleme sürelerinin kısalması, sağlık hizmetlerinde maliyetlerin azalması, sağlık çalışanları verimliliklerinin artması bakış açısı ile faydalı olduğu düşünülebilir. Ancak yanlış ve bilinçsiz şekilde kullanılan ilaçlar da bağımlılık, zehirlenmeler, anomalilerin görülmesi, morbidite ve mortalite oranlarının yükselmesi, hastanede yatış ve iyileşme süresinin uzaması, organ yetmezliği, ölüm gibi ciddi risklere ve hem hasta hem de ülkeler için yüksek ekonomik kayıplara yol açmaktadır (1,6,8,5,4)

Dünya Sağlık Örgütü'nün tahminlerine göre, ilaçların %50'sinden fazlası uygun olmayan şekilde reçetelenmekte veya satılmaktadır. Tüm hastaların yarısı da ilaçlarını doğru şekilde kullanamamaktadır (5).

Dünya Sağlık Örgütü sağlık okuryazarlığını; bireylerin iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve kullanması için gerekli olan bilişsel ve sosyal beceri kapasitesi olarak tanımlamaktadır (9).

Dünya'da yaklaşık 800 milyon yetişkin temel sağlık okuryazarı değildir. Amerika'da yetişkin bireylerin

sadece %50'si temel sağlık okuryazarlığına sahiptir. Hollanda, Yunanistan, İrlanda, Avusturya, Polonya, İspanya, Bulgaristan ve Almanya'yı kapsayan "Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Çalışması"nda ülkelerin yetersiz ve problemlili sağlık okuryazarlığı düzeyi %29-62 arasında değişmektedir. Türkiye'de 23 ilde yapılan sağlık okuryazarlığı araştırmasında toplumun %30'unun yeterli ve iyi düzeyde sağlık okuryazarı olduğu saptanmıştır (10).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin ön plana çıkması, sağlık hizmetleri alanların büyük çoğunluğunun sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olması, hasta odaklı sağlık hizmetlerinin talep edilmesi, sağlıkla ilgili teknik terimlerin fazlalığı, sağlık bilgisinin toplumla yeterince paylaşılamaması, sağlık harcamalarındaki artış sağlık okuryazarlığının önem kazanmasına neden olmuştur. Yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin sağlığın korunması ve geliştirilmesi konusunda risk faktörü olabilecek davranışları daha sıklıkla gösterdikleri yapılan araştırmalarda gösterilmektedir. Yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin ise yaşam tarzı ve sağlık hizmetleri konusunda daha bilinçli davranışlar sergileyebildikleri gözlemlenmiştir (10,11).

Sağlık okuryazarlığı, bir kronik hastalık yönetiminin etkili yapılabilmesi için oldukça önemli bir faktördür. Sağlık okuryazarlığının yetersiz olması, kişinin kendi sağlığı ve öz yönetimine katılımının azalmasına, tıbbi koşulların kötüleşmesine, hastane yatışlarında artışa, ilaç uyumunda sorunlar yaşanmasına, sağlık maliyetlerinde artışa ve dolayısıyla mortalite ve morbidite oranlarında artışa neden olur.

İlaç kullanım alışkanlıkları, bireyin sosyo-demografik özelliklerinin yanı sıra ilacın doğru kullanılmasını sağlayan sağlık okuryazarlığı düzeyinden de önemli oranda etkilenmektedir. Sağlık okuryazarlık düzeyinin artırılması, kendi kendine ilaç kullanım sıklığının azalarak toplumun genel sağlık düzeyinin artırılmasına katkı sağlayacağından önemlidir. Kendi kendine ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlık düzeyinin saptanmasına yönelik araştırmalar, bu konuda yürütülecek çalışmalara yol gösterici olacaktır.

Bu çalışmanın amacı; Ankara ilindeki aile hekimliği birimlerinden sağlık hizmeti alan bireylerin kendi kendine ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlık düzeyinin saptanmasıdır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Kesitsel tipteki çalışma, gerekli idari izinler ve Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik

Kurul'undan 14.06.2022 tarih 2537 numaralı onay alındıktan sonra, Ankara ilindeki aile sağlığı merkezlerine başvuran 18 yaş ve üstü, çalışmaya katılmayı kabul eden 355 kişi ile Helsinki Bildirgesi Prensipleri'ne uygun olarak yürütülmüştür.

Çalışmanın evrenini, Ankara ilindeki aile hekimliği birimlerinden sağlık hizmeti alan 18 yaş ve üstü bireyler oluşturmaktadır. Ankara ili 18 yaş üstü nüfusu TÜİK 2021 verisine göre 4354289'dur. Türkiye'de sağlık okuryazarlığı araştırması, ülkeyi temsilen 12 bölgedeki 23 ilde, 4924 erişkin kişinin katılımı ile gerçekleştirilmiş, genel sağlık okuryazarlığı indeksi 30.4 olarak bulunmuştur (12). Evren büyüklüğü 4354289, görülme sıklığı %30, sapma değeri %5, %95 güven aralığı ve tasarım etkisi değeri 1 alınarak yapılan hesaplama sonucunda, örneklem büyüklüğü 323 olarak hesaplanmıştır. Cevapsızlık nedeni ile yedek örneklem alınmamış; bunun yerine, hesaplanan örneklem büyüklüğünün %10 artırılarak 355 kişiye erişilmiştir. Örneklem, tüm aile hekimliği birimlerinin nüfuslarına göre ağırlıklandırılarak dağıtılmıştır. Birim kodlarına göre sıralanan aile hekimliği birimleri ziyaret edilerek, o birime düşen örneklem sayısına ulaşana dek ilgili birime herhangi bir nedenle başvuran, 18 yaş ve üstü, olur veren kişiler çalışmaya dâhil edilmiştir.

Araştırmada veri kaynağı olarak araştırma ekibi tarafından geliştirilen anket formu yüz yüze uygulanmıştır. Anket formunun birinci bölümünde yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek gibi sosyo-demografik özelliklere ilişkin sorular, ikinci bölümde sağlık durumu ve kendi kendine ilaç kullanımına ilişkin sorular ve üçüncü bölümde ise Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği yer almaktadır.

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği, 2012 yılında Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu (HLSEU CONSORTIUM) tarafından geliştirilmiştir. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32); Okyay ve arkadaşları tarafından, Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu'nun geliştirdiği HLS-EU çalışması kavramsal çerçevesi temel alınarak 15 yaş üstü ve okuryazar kişilerde sağlık okuryazarlığını değerlendirmek amacı ile geliştirilmiştir. Ölçeğin 16 madde içeren kısa formu HLS-EU-Q16, Emiral ve ark. tarafından 2018 yılında Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek 5'li likert tipinde 16 sorudan oluşmakta, her bir soru 0-4 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten elde edilen toplam puanın hesaplanmasında "standardize edilmiş indeks puan" kullanılır (indeks puan=(ortalamaa-1)\*(50/3)). İndeks puan 0-50 arasında değişmekte, alınan puan arttıkça SOY düzeyi artmaktadır. İndeks puanın 0-25 arasında olması

durumunda “yetersiz”, 26-33 arasında olması durumunda “sorunlu”, 34-42 arasında olması durumunda “yeterli”, 43-50 arasında olması durumunda “mükemmel” sağlık okuryazarlığı düzeyinden bahsedilmektedir. Türkçe uyarlamada Cronbach alfa değeri katsayısı geneli için 0.86 olmak üzere 0.70 ile 0.89 arasında değer almıştır (13,14,15).

Araştırma verisi, IBM Statistics 22.0 SPSS paket programı ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel analiz olarak, değişkenler normal dağılıma uygunluk testi (Kolmogorov Smirnov / Shapiro-Wilk Testleri) ile değerlendirilmiş, tanımlayıcı bulgular kısmında kategorik değişkenler sayı, yüzde, sürekli değişkenler ise ortanca (en büyük, en küçük değer) ile sunulmuştur. Nominal değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Ki-Kare Testi kullanılmıştır. Normal dağılıma uymayan ve ordinal değişkenler Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Çok değişkenli analizde kendi kendine ilaç kullanımında bağımsız prediktörler lojistik regresyon analizi kullanılarak incelenmiştir. Modele önceki analizlerde belirlenen olası faktörlerden yaş grupları, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, meslek, hane halkı gelir düzeyi algısı, uzun süre yaşanılan yer, aile tipi, çocuk varlığı, kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanım durumu, sigara kullanma durumu, prospektüs okuma, iki haftadan az süren sağlık sorunları olduğunda başvuru yöntemleri, evde, ileride lazım olur düşüncesi ile ilaç bulundurma durumu, herhangi bir nedenle hekime başvurduğunda hekimden ilaç reçete etmesini talep etme, seyahate ya da tatile giderken düzenli kullanmadığı ilaçları yanına alma durumu, çevresindekilere/arkadaşlarına/tanıdıklarına ilaç tavsiyesinde bulunma durumu, aile bireylerine ilaç tavsiyesinde bulunma durumu, son kullanılan ilacı hekimin reçete etme durumu, iyileştiğinde hekimin yazdığı ilacı kullanma durumu dâhil edilmiştir. Model uyumu için Hosmer Lemeshow Testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için  $p < 0,05$  değeri kabul edilmiştir.

## BULGULAR

### Sosyodemografik Özellikler

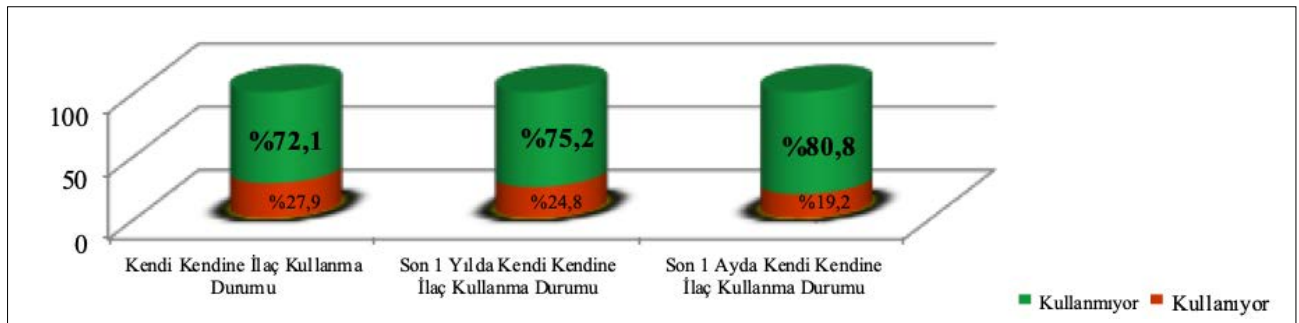
Araştırma 355 katılımcı ile yürütülmüştür. Araştırmaya katılan 355 kişinin yaş ortancası 39,0 (18,0-74,0), ortalaması  $40,5 \pm 10,4$  (95%GA39,4-41,6)'dır. Katılımcıların %54,1'i kadın, %67,0'i evli, %3,9'u ilköğretim, %2,8'i ortaokul, %23,9'u lise, %69,3'ü ön lisans, lisans ve lisansüstü mezunu, %49,0'ı memur, %24,5'i işçi, %12,4'ü emekli, %7,9'u ev hanımı, %4,5'i öğrenci, %1,7'si işsizdir. Katılımcıların %62,0'ı gelir düzeyini orta, %29,3'ü iyi, %8,7'si kötü olarak algıladığını, %19,2'si yaşantısını uzun süre il merkezi dışında geçirdiğini belirtmiştir. Katılımcıların %83,4'ünün aile tipi çekirdek ailedir. Çocuk sahibi olanların sıklığı %68,2'dir. Çocuğu olanların %36,0'ının tek çocuğu, %43,8'inin 2, %16,9'unun 3, %3,2'sinin 4 ve daha fazla çocuğu vardır.

### Sağlık Durumu ve Sağlığı Etkileyen Davranışlara İlişkin Bazı Özellikler

Katılımcıların %37,5'i halen sigara içmekte olduğunu, %12,4'ü bıraktığını, %21,7'si tanısı konmuş kronik hastalığı olduğunu, %18,9'u düzenli ilaç kullandığını belirtmiştir. Kronik hastalığı olanların hastalıkları sorgulandığında %17,6'sı diabetes mellitus, %19,1'i hipertansiyon, %13,3'ü kardiyovasküler sistem hastalıkları, %10,2'si kas-iskelet sistemi hastalıkları, %7,4'ü astım, %32,4'ü diğer kronik hastalıkları (kronik böbrek yetmezliği, polikistik böbrek hastalığı, KOAH, depresyon, meme kanseri, migren, tiroit hastalıkları, talasemi) olduğunu belirtmiştir.

### İlaç Kullanım Özellikleri

Grafik 1'de katılımcıların kendi kendine ilaç kullanma durumlarının dağılımı sunulmuştur. Katılımcıların kendi kendine ilaç kullanım sıklığı %27,9, son 1 yılda kendi kendine ilaç kullanım sıklığı %24,8, son 1 ayda kendi kendine ilaç kullanım sıklığı %19,2'dir.



Grafik 1: Katılımcıların Kendi Kendine İlaç Kullanma Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2023.

Kendi kendine ilaç kullanan 99 katılımcının kullandığını belirttiği 256 ilacın dağılımı; %34,0 ağrı kesici/ateş düşürücü, %16,4 vitaminler, %15,6 kas gevşetici, %13,3 mide ilaçları, %7,0 cilt sorunlarına yönelik ilaçlar (krem, losyon vs), %5,1 antihistaminikler, %3,1 antibiyotik, %2,0 antidepresanlar, %2,0 solunum sistemi ilaçları/inhaleler, %0,8 tansiyon ilaçları, %0,8 diyabet ilaçları şeklindedir. Son 1 yılda kendi kendine ilaç kullandığını belirten katılımcıların kullandığı 230 ilacın dağılımı; %33,9 ağrı kesici/ateş düşürücü, %19,6 vitamin ilaçları, %13,9 kas gevşeticiler, %13,0 mide ilaçları, %5,7 antibiyotik, %5,2 cilt sorunlarına yönelik ilaçlar (krem, losyon vs), %4,3

antihistaminik, %2,6 solunum sistemi ilaçları/inhaleler, %0,9 anksiyete ve uyku bozukluğuna yönelik ilaçlar, %0,9 bağırsak düzenleyicilerdir. Son 1 ayda kendi kendine ilaç kullandığını belirtenlerin kullandığı 128 ilacın dağılımı ise; %42,2 ağrı kesici/ateş düşürücü, %15,6 vitamin ilaçları, %12,5 kas gevşeticiler, %10,2 mide ilaçları, %3,1 antibiyotik, %4,7 cilt sorunlarına yönelik ilaçlar (krem, losyon vs), %4,7 antihistaminik, %3,9 solunum sistemi ilaçları/inhaleler, %1,6 anksiyete ve uyku bozukluğuna yönelik ilaçlar, %1,6 bağırsak düzenleyicilerdir.

Grafik 2'de hekim tavsiyesi olmaksızın ilaç kullanma nedenlerinin dağılımı sunulmuştur.



**Grafik 2: Hekim Tavsiyesi Olmaksızın İlaç Kullanma Nedenlerinin Dağılımı Ankara, 2023.**

Kendi kendine ilaç kullandığını beyan eden 99 katılımcının kendi kendine ilaç kullanım bilgisini nasıl edinildiği sorusuna verdiği 192 yanıtın dağılımı %32,3 daha önce edinilen tecrübelerden, %22,4 prospektüslerden, %21,9 sağlık çalışanlarının önceki önerilerinden, %15,6 internette, %5,2 yakın tavsiyesinden, %2,6 televizyon programları şeklindedir. Katılımcıların %15,2'si ilaçların prospektüsünü okumadığını belirtmiştir.

İki haftadan az süren ateş, baş ağrısı, öksürük, soğuk algınlığı, nezle, diş iltihabı, ishal, yara ve iltihap oluşumu, idrarda yanma gibi sağlık sorunları olduğunda %61,4'ü hekime başvurduğunu, %16,9'u arkadaş, tanıdık tavsiyesi ile ilaç kullandığını, %16,9'u evdeki ilaçlardan kullandığını, %11,3'ü bitkisel-geleneksel yöntemleri kullandığını, %1,7'si eczacıya danışarak ilaç kullandığını, %7,6'sı hiçbir şey yapmadan kendi kendine geçmesini beklediğini belirtmiştir.

Evde ileride lazım olur düşüncesi ile ilaç buldurma sıklığı %65,4'dür. Evde buldurulan ilaçları temin etme yöntemleri sorgulandığı verilen 334 yanıtın %43,1'i hekime gidildiğinde yazmasını isteme, %35,3'ü daha önceki

tedavilerden kalan ilaçlar, %17,7 eczacıya danışarak alma, %3,9 arkadaş/tanıdıkların ellerinde bulunanları ya da onlardan duyduklarını alma şeklindedir. Evde, lazım olur düşüncesi ile buldurulan ilaçlar sorgulandığında verilen 221 yanıtın %36,6'sı ağrı kesici/ateş düşürücü, %14,9'u kas gevşeticiler, %14,0'ı mide ilaçları, %13,1'i vitaminler, %8,1'i cilt sorunlarına yönelik ilaçlar (krem, losyon...vs), %5,4'ü antibiyotik, %5,0'ı antihistaminik (allerji ilaçları), %2,7'si solunum sistemi ilaçları/inhalelerdir.

Katılımcıların %64,2'si seyahate ya da tatile giderken düzenli kullanmadığı ilaçları tedbir olarak yanına aldığını belirtmiştir. Seyahate ya da tatile giderken tedbir olarak alınan 347 ilacın %23,1'i mide ilaçları, %18,4'ü cilt sorunlarına yönelik ilaçlar (krem, losyon vs), %18,2'si kas gevşeticiler, %12,7'si antihistaminikler, %8,4'ü vitaminler, %6,6'sı antibiyotikler, %3,5'i solunum sistemi ilaçları/inhaleler, %3,2 tansiyon ilaçları, %2,3'ü diyabet ilaçları, %1,7'si ağrı kesici/ateş düşürücüler, %1,2 antikoagülanlar, %0,9 anksiyete ve uyku bozukluğuna yönelik ilaçlardır.

Aile bireylerine ilaç tavsiyesinde bulunma sıklığı %39,7, çevresindekilere/ arkadaşlarına/tanıdıklarına ilaç tavsiyesinde bulunma sıklığı %28,5'tir.

Son kullanılan ilacın kendi kendine kullanım sıklığı %9,6, hekimden yazmasını talep etme sıklığı %9,0, hekim tarafından reçete edilme sıklığı %81,4'tür. Kendi kendine kullanılan veya hekimden yazması istenen ilacı nasıl seçtiniz sorusuna 116 katılımcının verdiği 128 yanıtın dağılımı; %53,1 ile önceden evde olan ilacı kullandım/ yazmasını istedim, %38,3 ile daha önceki benzer durumda hekimin vermiş olduğu ilaçtan aldım/yazmasını istedim, %4,7 ile eczacıya danıştım, %3,9 ile arkadaş/tañıdıkların önerisi ile seçtim şeklindedir.

İyileştiğinde hekimin yazdığı ilacı kullanma durumu sorgulandığında katılımcıların %33,8'i kutuyu bitirene kadar ilacı kullandığını, %33,2'si bazen kutuyu bitirene kadar ilacı kullandığını, bazen ilacı bıraktığını, %33,0'ı ilacı bıraktığını belirtmiştir.

Kullanılmayan, arta kalan ilaçları ne yaptıkları sorgulandığında verilen 377 yanıtın %64,7'si daha sonra kullanılmak üzere saklandığı, %20,7'si çöpe atıldığı, kullanılmayacak şekilde yok edildiği, %11,7'si sağlık kuruluşuna verildiği, %2,9'u başkasına verildiği şeklindedir.

Katılımcıların Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-16 (TSOY-16)'dan alınan standardize edilmiş indeks puan ortancası 25,0 (9,0-50,0)'dır. Katılımcıların %53,5'i yetersiz, %19,4'ü sorunlu, %18,6'sı yeterli, %8,5'i mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyindedir. Tablo 1'de Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-16 (TSOY-16) ile sağlık, hastalık ve tıbbi bakımla ilgili bilgilere ulaşmanın, anlamının, kullanmanın zorluk durumunun katılımcılar tarafından değerlendirilme durumlarının dağılımı sunulmuştur.

**Tablo 1: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-16 (TSOY-16) ile Sağlık, Hastalık ve Tıbbi Bakımla İlgili Bilgilere Ulaşmanın, Anlamının, Kullanmanın Zorluk Durumunun Katılımcılar Tarafından Değerlendirilme Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2023.**

Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-16 (TSOY-16) İfadeler (n=355)	Zorlanmıyorum		Fikrim Yok		Zorlanıyorum	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*
1.Hastalıklarınızın tedavisi hakkında bilgilere ulaşırken zorlanıyor musunuz?	149	42,0	94	26,5	112	31,5
2.Hasta olduğunuzda, sağlık hizmetleri almak için başvurduğunuz yere ulaşmakta zorlanıyor musunuz (doktor, psikolog, eczane vs.)?	205	57,7	72	20,3	78	22,0
3.Doktora başvurduğunuzda doktorunuzun söylediklerini anlamakta zorlanıyor musunuz?	158	44,5	64	18,0	133	37,5
4.Doktorunuz veya eczacınız size reçete edilen ilaçlarınızı nasıl kullanacağınızı anlattıkları zaman anlamakta zorlanıyor musunuz?	186	52,4	48	13,5	121	34,1
5.Başka bir doktorun görüşüne ihtiyaç duyup duymadığınıza karar verirken zorlanıyor musunuz?	193	54,4	78	22,0	84	23,7
6.Hastalığınız hakkında karar verirken doktorunuzun size verdiği bilgileri kullanmakta zorlanıyor musunuz?	208	58,6	71	20,0	76	21,4
7.Doktorunuzun veya eczacınızın size yaptığı bilgilendirmelere uymakta zorlanıyor musunuz?	202	56,9	74	20,8	79	22,3
8.Stres, depresyon gibi ruhsal problemlerin nasıl yönetileceğine dair bilgilere ulaşmakta zorlanıyor musunuz?	175	49,3	143	40,3	37	10,4
9.Sağlığa olumsuz etkileri olan davranışlar hakkındaki uyarıları anlamakta zorlanıyor musunuz? (Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite gibi)	239	67,3	83	23,4	33	9,3
10.Sağlık taramalarına (kan şekeri, kan basıncı, mamografi vs.) neden ihtiyaç duyduğunuzu anlamakta zorlanıyor musunuz?	257	72,4	62	17,5	36	10,1
11.Sağlık riskleri üzerine medyadan (TV ya da internet) alınan bilgilerin doğru olup olmadığına karar vermekte zorlanıyor musunuz?	254	71,5	62	17,5	39	11,0
12.Medyadaki (TV, internet, gazete vs.) bilgilere dayanarak kendinizi hastalıktan nasıl koruyacağınıza karar verirken zorlanıyor musunuz?	241	67,9	86	24,2	28	7,9
13.Zihinsel sağlığınıza iyi gelen aktiviteler hakkında bilgi edinirken zorlanıyor musunuz?	239	67,3	85	23,9	31	8,7
14.Aile üyelerinizden veya arkadaşlarınızdan gelen sağlıkla ilgili tavsiyeleri anlarken zorlanıyor musunuz?	241	67,9	70	19,7	44	12,4
15.Nasıl daha sağlıklı olacağınıza dair medyadaki bilgileri anlamakta zorlanıyor musunuz (internet veya haftalık, günlük dergi vs.)?	200	56,3	85	23,9	70	19,7
16.Hangi günlük davranışların sağlığınıza ilgili olduğuna karar verirken zorlanıyor musunuz?	200	56,3	72	20,3	83	23,4

\*:Satır yüzdesi verilmiştir.

Tablo 1’de Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-16 (TSOY-16) ile sağlık, hastalık ve tıbbi bakımla ilgili bilgilere ulaşmanın, anlamının, kullanmanın zorluk durumunun katılımcılar tarafından değerlendirilme durumlarının dağılımı sunulmuştur.

Hastalıklarının tedavisi hakkında bilgilere ulaşmakta zorlandığını belirtenler %31,5, sağlık hizmeti almak için başvurduğu yere ulaşmakta zorlandığını belirtenler %22,0, doktorunuzun söylediklerini anlamakta zorlandığını belirtenler %37,5, reçete edilen ilaçları nasıl kullanacağı

anlatıldığı zaman anlamakta zorlandığını belirtenler %34,1, hastalığı hakkında karar verirken doktorunun verdiği bilgileri kullanmakta zorlandığını belirtenler %21,4, başka bir doktorun görüşüne ihtiyaç duyup duymadığına karar verirken zorlandığını belirtenler %23,7, stres, depresyon gibi ruhsal problemlerin nasıl yönetileceğine dair bilgilere ulaşmakta zorlandığını belirtenler %40,3 medyadaki (TV, internet, gazete vs.) bilgilere dayanarak kendisini hastalıktan nasıl koruyacağına karar verirken zorlandığını belirtenler %24,2 sıklıktadır.

**Tablo 2: Katılımcıların Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Kendi Kendine İlaç Kullanım Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2023.**

Bazı Tanımlayıcı Özellikler (n=355)	Kendi Kendine İlaç Kullanımı		Son 1 Yılda Kendi Kendine İlaç Kullanımı		Son 1 Ayda Kendi Kendine İlaç Kullanımı	
	Sayı/%*	p	Sayı/%*	p	Sayı/%*	p
<b>Yaş Grupları</b>						
35 Yaş ve Altı	30 30,3%	0,198	28 31,8%	0,390	23 33,8%	0,342
36-44	26 26,3%		23 26,1%		16 23,5%	
45 ve Üstü	43 43,4%		37 42,0%		29 42,6%	
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	60 60,6%	0,125	54 61,4%	0,114	43 63,2%	0,092
Erkek	39 39,4%		34 38,6%		25 36,8%	
<b>Öğrenim Düzeyi</b>						
İlkokul-Ortaokul	4 4,0%	0,002	4 4,5%	0,023	4 5,9%	0,838
Lise	36 36,4%		30 34,1%		18 26,5%	
Yüksekokul-Üniversite	59 59,6%		54 61,4%		46 67,6%	
<b>Meslek</b>						
Memur	46 46,5%	0,742	40 45,5%	0,694	29 42,6%	0,452
İşçi	24 24,2%		22 25,0%		20 29,4%	
Diğer**	29 29,3%		26 29,5%		19 27,9%	
<b>Medeni Durum***</b>						
Evli	70 70,7%	0,361	63 71,6%	0,295	49 72,1%	0,404
Bekar	29 29,3%		25 28,4%		19 27,9%	
<b>En Uzun Süre Yaşanılan Yer***</b>						
Köy- Mahalle-İlçe	21 21,2%	0,644	20 22,7%	0,409	15 22,1%	0,613
İl Merkezi	78 78,8%		68 77,3%		53 77,9%	
<b>Aile Tipi****</b>						
Çekirdek	81 81,8%	0,739	72 81,8%	0,773	55 80,9%	0,664
Geniş	18 18,2%		16 18,2%		13 19,1%	
<b>Çocuk Varlığı***</b>						
Yok	24 24,2%	0,075	22 25,0%	0,146	18 26,5%	0,363
Var	75 75,8%		66 75,0%		50 73,5%	
<b>Hane Halkı Gelir Düzeyi Algısı</b>						
Kötü-Çok Kötü	3 3%	0,022	3 3,3%	0,037	3 4,4%	0,127
Orta	71 71,7%		63 71,6%		49 72,1%	
İyi-Çok İyi	25 25,3%		21 23,9%		16 23,5%	

\*:Kolon %'si verilmiştir. \*\*:Emekli, ev hanımı, öğrenci \*\*\*:Yates Düzeltmeli Ki-Kare Testi kullanılmıştır.

Tablo 2’de katılımcıların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre kendi kendine ilaç kullanıma durumlarının dağılımı sunulmuştur.

Öğrenim düzeyine ve hane halkı gelir düzeyi algısına göre kendi kendine ve son 1 yılda kendi kendine ilaç kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Hane halkı gelir düzeyi algısı orta ve öğrenim düzeyi yüksekokul-üniversite olanlarda kendi

kendine ve son 1 yılda kendi kendine ilaç kullanım sıklığı daha fazladır. Yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum, en uzun süre yaşanan yer, aile tipi, çocuk varlığına göre kendi kendine, son 1 yılda, son 1 ayda kendi kendine ilaç kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Öğrenim düzeyi yüksekokul-üniversite ve hane halkı gelir düzeyi algısı orta olanlarda kendi kendine, son 1 yılda ve son 1 ayda kendi kendine ilaç kullanım sıklığı daha fazladır.

**Tablo 3: Katılımcıların Bazı Sağlık Durumlarına Göre Kendi Kendine İlaç Kullanıma Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2023.**

Bazı Sağlık Durumları (n=355)	Kendi Kendine İlaç Kullanımı		Son 1 Yılda Kendi Kendine İlaç Kullanımı		Son 1 Ayda Kendi Kendine İlaç Kullanımı	
Sigara Durumu	Sayı/%*	p	Sayı/%*	p	Sayı/%*	p
Kullanmıyor	48 48,5%	0,920	44 50,0%	0,708	36 52,9%	0,583
Bırakmış	13 13,1%		13 14,8%		10 14,7%	
Kullanıyor	38 38,4%		31 35,2%		22 32,4%	
<b>Kronik Hastalık Varlığı</b>						
Yok	65 65,7%	≤0,001	58 65,9%	0,002	42 61,8%	≤0,001
Var	34 34,3%		30 34,1%		26 38,2%	
<b>Düzenli İlaç Kullanımı**</b>						
Kullanmıyor	69 69,7%	0,001	62 70,5%	0,003	46 67,6%	0,003
Kullanıyor	30 30,3%		26 29,5%		22 32,4%	

\*:Kolon %'si verilmiştir.

\*\* :Yates Düzeltmeli Ki-Kare Testi kullanılmıştır.

Tablo 3’de katılımcıların bazı sağlık durumlarına göre kendi kendine ilaç kullanıma durumlarının dağılımı sunulmuştur.

Kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımına göre kendi kendine, son 1 yılda, son 1 ayda kendi kendine ilaç kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış ( $p<0,05$ ), sigara kullanma durumuna göre fark saptanmamıştır( $p>0,05$ ). Kronik hastalığı olmayanlarda,

düzenli ilaç kullanmayanlarda kendi kendine, son 1 yılda, son 1 ayda kendi kendine ilaç kullanma sıklığı daha fazladır.

Tablo 4’de katılımcıların ilaç kullanımına ilişkin bazı tutum ve davranışlarına göre kendi kendine ilaç kullanıma durumlarının dağılımı sunulmuştur.

**Tablo 4: Katılımcıların İlaç Kullanımına İlişkin Bazı Tutum ve Davranışlarına Göre Kendi Kendine İlaç Kullanım Durumlarının Dağılımı, Ankara, 2023.**

Bazı Tutum ve Davranışlar (n=355)	Kendi Kendine İlaç Kullanımı		Son 1 Yılda Kendi Kendine İlaç Kullanımı		Son 1 Ayda Kendi Kendine İlaç Kullanımı	
Prospektüs Okuma Durumu**	Sayı/%*	p	Sayı/%*	p	Sayı/%*	p
Okumuyor	9 9,1%	0,067	9 10,2%	0,184	9 13,2%	0,751
Okuyor	90 90,9%		79 89,8%		59 86,8%	
<b>İki Haftadan Az Süren Sağlık Sorunları Olduğunda Başvurulan Yöntemler</b>						
Hekime Başvurma veya Eczacıya Danışarak İlaç Kullanma	34 34,3%	≤0,001	30 34,1%	≤0,001	22 32,4%	≤0,001
Evdeki İlaçlardan/ Arkadaş, Tanıdık Tavsiyesi İle İlaç Kullanma	40 40,4%		38 43,2%		28 41,1%	
Bitkisel-Geleneksel Yöntemleri Kullanma-Hiçbir Şey Yapmadan Kendi Kendine Geçmesini Bekleme	25 25,3%		20 22,7%		18 26,5%	
<b>Evde, İleride Lazım Olur Düşüncesi İle İlaç Bulundurma Durumu**</b>						
Bulundurmuyor	15 15,2%	≤0,001	14 15,9%	≤0,001	10 14,7%	≤0,001
Bulunduruyor	84 84,8%		74 84,1%		58 85,3%	
<b>Seyahate ya da Tatile Giderken Düzenli Kullanmadığı İlaçları Yanına Alma Durumu**</b>						
Almıyor	28 28,3%	0,067	27 30,7%	0,250	17 25,0%	0,055
Alıyor	71 71,7%		61 69,3%		51 75,0%	
<b>Aile Bireylerine İlaç Tavsiyesinde Bulunma Durumu**</b>						
Bulunmuyor	32 32,3%	≤0,001	28 31,8%	≤0,001	20 29,4%	≤0,001
Bulunuyor	67 67,7%		60 68,2%		48 70,6%	
<b>Çevresindekilere/Arkadaşlarına/Tanıdıklarına İlaç Tavsiyesinde Bulunma Durumu</b>						
Bulunmuyor	50 50,5%	≤0,001	46 52,3%	≤0,001	34 50,0%	≤0,001
Bulunuyor	49 49,5%		42 47,7%		34 50,0%	
<b>Son Kullanılan İlacı Hekimin Reçete Etme Durumu</b>						
Hayır, Kendi Kendine Kullanmış	34 34,3%	≤0,001	33 37,5%	≤0,001	24 35,3%	≤0,001
Evet, Fakat Yazmasını İstemiş	15 15,2%		13 14,8%		9 13,2%	
Evet, Hekim Reçete Etmiş	50 50,5%		42 47,7%		3 5 51,5%	
<b>İyileştiğinde Hekimin Yazdığı İlacı Kullanma Durumu**</b>						
Kutuyu Bitirene Kadar İlacı Kullanma	25 25,3%	0,039	19 21,6%	0,016	22 32,4%	0,026
Bazen Kutuyu Bitirene Kadar İlacı Kullanma, Bazen İlacı Bırakma	76 29,7%		37 42,0%		15 22,1%	
İlacı Bırakma	32 32,3%		32 36,4%		31 45,6%	

\*:Kolon %'si verilmiştir.

\*\*:Yates Düzeltmeli Ki-Kare Testi kullanılmıştır.



Prospektüs okuma, seyahate ya da tatile giderken düzenli kullanmadığı ilaçları yanına alma durumuna göre kendi kendine, son 1 yılda, son 1 ayda kendi kendine ilaç kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). İki haftadan az süren sağlık sorunları olduğunda başvurulan yöntemlere, evde, ileride lazım olur düşüncesi ile ilaç bulundurma, aile bireylerine ilaç tavsiyesinde bulunma, çevresindekilere/arkadaşlarına/tanıdıklarına ilaç tavsiyesinde bulunma, son kullanılan ilacı hekimin reçete etme, iyileştiğinde hekimin yazdığı ilacı kullanma durumuna göre kendi kendine, son 1 yılda, son 1 ayda kendi kendine ilaç kullanma durumu arasında

istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış ( $p<0,05$ ). İki haftadan az süren sağlık sorunları olduğunda evdeki ilaçlardan kullananlarda, evde, ileride lazım olur düşüncesi ile ilaç bulunduranlarda, aile bireylerine ilaç tavsiyesinde bulunanlarda, çevresindekilere/arkadaşlarına/tanıdıklarına ilaç tavsiyesinde bulunmayanlarda, son kullanılan ilacı hekimin reçete edenlerde, iyileştiğinde hekimin yazdığı ilacı bırakanlarda kendi kendine, son 1 yılda, son 1 ayda kendi kendine ilaç kullanma sıklığı daha fazladır.

Tablo 5’de katılımcıların kendi kendine ilaç kullanma durumunu etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi sonuçları sunulmuştur.

**Tablo 5: Katılımcıların Kendi Kendine İlaç Kullanma Durumunu Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları, Ankara, 2023.**

Faktör (n=355)	RR (%95 GA)*	p
Kadın Olmak	3,0 (1,2-7,3)	<b>0,015</b>
Kronik Hastalık Varlığı	5,9 (2,4-14,9)	<b>≤0,001</b>
Prospektüs Okumak	5,6 (1,3-24,0)	<b>0,020</b>
İki Haftadan Az Süren Sağlık Sorunları Olduğunda Eczacıya Danışarak İlaç Kullanmak	8,8 (2,9-26,6)	<b>≤0,001</b>
İki Haftadan Az Süren Sağlık Sorunları Olduğunda Arkadaş, Tanıdık Tavsiyesi İle İlaç Kullanmak	4,1 (1,3-12,7)	<b>0,013</b>
İki Haftadan Az Süren Sağlık Sorunları Olduğunda Bitkisel-Geleneksel Yöntemleri Kullanmak	6,7 (1,5-29,8)	<b>0,013</b>
Evde, İleride Lazım Olur Düşüncesi İle İlaç Bulundurmak	5,2 (1,6-16,3)	<b>0,005</b>
Aile Bireylerine İlaç Tavsiyesinde Bulunmak	7,3 (3,0-17,6)	<b>≤0,001</b>

\*: Modele yaş grupları, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, meslek, hane halkı gelir düzeyi algısı, uzun süre yaşanan yer, aile tipi, çocuk varlığı, kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanım durumu, sigara kullanma durumu, prospektüs okuma, iki haftadan az süren sağlık sorunları olduğunda başvurulan yöntemler, evde, ileride lazım olur düşüncesi ile ilaç bulundurma durumu, herhangi bir nedenle hekime başvurduğunda hekimden ilaç reçete etmesini talep etme, seyahate ya da tatile giderken düzenli kullanmadığı ilaçları yanına alma durumu, çevresindekilere/arkadaşlarına/tanıdıklarına ilaç tavsiyesinde bulunma durumu, aile bireylerine ilaç tavsiyesinde bulunma durumu, son kullanılan ilacı hekimin reçete etme durumu, iyileştiğinde hekimin yazdığı ilacı kullanma durumu dâhil edilmiştir.

Katılımcıların kendi kendine ilaç kullanma sıklığını kadın olmak 3,0 kat, kronik hastalığın olması 5,9 kat, prospektüs okumak 5,6 kat, iki haftadan az süren sağlık sorunları olduğunda eczacıya danışarak ilaç kullanmak 8,8 kat, iki haftadan az süren sağlık sorunları olduğunda arkadaş, tanıdık tavsiyesi ile ilaç kullanmak 4,1 kat iki haftadan az süren sağlık sorunları olduğunda bitkisel-geleneksel yöntemleri kullanmak 6,7 kat, evde, ileride lazım olur düşüncesi ile ilaç bulundurmak 5,2 kat, aile bireylerine ilaç tavsiyesinde bulunmak 7,3 kat artırmaktadır.

Tablo 6’da katılımcıların son 1 yılda kendi kendine ilaç kullanma durumunu etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi sonuçları sunulmuştur.

**Tablo 6: Katılımcıların Son 1 Yılda Kendi Kendine İlaç Kullanma Durumunu Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları, Ankara, 2023.**

Faktör (n=355)	RR(%95GA)*	p
Kronik Hastalık Varlığı	6,4 (2,7-14,9)	≤0,001
İki Haftadan Az Süren Sağlık Sorunları Olduğunda Eczacıya Danışarak İlaç Kullanmak	8,0 (3,1-20,9)	≤0,001
Evde, İleride Lazım Olur Düşüncesi İle İlaç Bulundurmak	4,0 (1,3-12,1)	0,015
Aile Bireyelerine İlaç Tavsiyesinde Bulunmak	6,3 (2,7-15,0)	≤0,001
Son Kullanılan İlacı Hekimin Reçete Etmesini İstemek	13,4 (9,8-18,3)	≤0,001
Son Kullanılan İlacı Hekimin Reçete Etmesi	6,5 (2,1-19,9)	≤0,001
İyileştiğinde Hekimin Yazdığı İlacı Bazen Kutuyu Bitirene Kadar Kullanma, Bazen Bırakma	2,9 (1,2-7,6)	0,024

\*: Modele yaş grupları, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, meslek, hane halkı gelir düzeyi algısı, uzun süre yaşanan yer, aile tipi, çocuk varlığı, kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanım durumu, sigara kullanma durumu, prospektüs okuma, iki haftadan az süren sağlık sorunları olduğunda başvuru yöntemleri, evde, ileride lazım olur düşüncesi ile ilaç bulundurma durumu, herhangi bir nedenle hekime başvurduğunda hekimden ilaç reçete etmesini talep etme, seyahate ya da tatile giderken düzenli kullanmadığı ilaçları yanına alma durumu, çevresindekilere/arkadaşlarına/tanıdıklarına ilaç tavsiyesinde bulunma durumu, aile bireyelerine ilaç tavsiyesinde bulunma durumu, son kullanılan ilacı hekimin reçete etme durumu, iyileştiğinde hekimin yazdığı ilacı kullanma durumu dâhil edilmiştir.

Katılımcıların son 1 yılda kendi kendine ilaç kullanma sıklığını, kronik hastalığın olması 6,4 kat, iki haftadan az süren sağlık sorunları olduğunda eczacıya danışarak ilaç kullanmak 8,0 kat, evde, ileride lazım olur düşüncesi ile ilaç bulundurmak 4,0 kat, aile bireyelerine ilaç tavsiyesinde bulunmak 6,3 kat, son kullanılan ilacı hekimin reçete etmesini istemek 13,4 kat, son kullanılan ilacı hekimin reçete etmesi 6,5 kat, iyileştiğinde hekimin yazdığı ilacı bazen kutuyu bitirene kadar kullanma, bazen bırakmak 2,9 kat artırmaktadır.

Tablo 7’de katılımcıların son 1 ayda kendi kendine ilaç kullanma durumunu etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi sonuçları sunulmuştur.

**Tablo 7: Katılımcıların Son 1 Ayda Kendi Kendine İlaç Kullanma Durumunu Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları, Ankara, 2023.**

Faktör(n=355)	RR (%95 GA)*	p
Memur Olmak	3,1 (1,2-7,8)	0,016
Kronik Hastalık Varlığı	4,7 (2,2-10,2)	≤0,001
İki Haftadan Az Süren Sağlık Sorunları Olduğunda Eczacıya Danışarak İlaç Kullanmak	4,9 (2,1-11,8)	≤0,001
İki Haftadan Az Süren Sağlık Sorunları Olduğunda Bitkisel-Geleneksel Yöntemleri Kullanmak	3,6 (1,0-12,6)	0,044
Evde, İleride Lazım Olur Düşüncesi İle İlaç Bulundurmak	3,0 (1,1-7,9)	0,015
Aile Bireyelerine İlaç Tavsiyesinde Bulunmak	4,5 (2,1-9,9)	≤0,001
Son Kullanılan İlacı Hekimin Reçete Etmesini İstemek	20,8 (7,0-31,3)	≤0,001

\*: Modele yaş grupları, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, meslek, hane halkı gelir düzeyi algısı, uzun süre yaşanan yer, aile tipi, çocuk varlığı, kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanım durumu, sigara kullanma durumu, prospektüs okuma, iki haftadan az süren sağlık sorunları olduğunda başvuru yöntemleri, evde,

ileride lazım olur düşüncesi ile ilaç bulundurma durumu, herhangi bir nedenle hekime başvurduğunda hekimden ilaç reçete etmesini talep etme, seyahate ya da tatile giderken düzenli kullanmadığı ilaçları yanına alma durumu, çevresindekilere/arkadaşlarına/tanıdıklarına ilaç tavsiyesinde bulunma durumu, aile bireyelerine ilaç

tavsiyesinde bulunma durumu, son kullanılan ilacı hekimin reçete etme durumu, iyileştiğinde hekimin yazdığı ilacı kullanma durumu dâhil edilmiştir.

Katılımcıların son 1 ayda kendi kendine ilaç kullanma sıklığını, memur olmak 3,1 kat, kronik hastalığın olması 4,7 kat, iki haftadan az süren sağlık sorunları olduğunda eczacıya danışarak ilaç kullanmak 4,9 kat, iki haftadan az süren sağlık sorunları olduğunda bitkisel-geleneksel

yöntemleri kullanmak 3,6 kat, evde, ileride lazım olur düşüncesi ile ilaç bulundurmamak 3,0 kat, aile bireylerine ilaç tavsiyesinde bulunmak 4,5 kat, son kullanılan ilacı hekimin reçete etmesini istemek 20,8 kat artırmaktadır.

Tablo 8'de katılımcıların kendi kendine ilaç kullanma durumuna göre TSOY-16'dan aldıkları puanların dağılımı sunulmuştur.

**Tablo 8: Katılımcıların Kendi Kendine İlaç Kullanma Durumuna Göre TSOY-16'dan Aldıkları Standardize İndeks Skor Dağılımı, Ankara, 2023.**

Kendi Kendine İlaç Kullanma Durumu (n=355)	Kullanmıyor	Kullanıyor	p
Ölçekten Alınan İndeks Skorların Ortancası	25,0 (9,0-50,0)	25,0 (9,0-50,0)	0,652
Son 1 Yılda Kendi Kendine İlaç Kullanma Durumu (n=355)	Kullanmıyor	Kullanıyor	p
Ölçekten Alınan İndeks Skorların Ortancası	25,0 (9,0-50,0)	25,0 (9,0-50,0)	0,924
Son 1 Ayda Kendi Kendine İlaç Kullanma Durumu (n=355)	Kullanmıyor	Kullanıyor	p
Ölçekten Alınan İndeks Skorların Ortancası	25,0 (9,0-50,0)	25,0 (9,0-50,0)	0,918

Katılımcıların kendi kendine, son 1 yılda ve son 1 ayda kendi kendine ilaç kullanma durumuna göre TSOY-16'dan alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05).

## TARTIŞMA VE SONUÇ

Ülkemizde yapılan çalışmalarda kendi kendine ilaç kullanımı sıklığı değişkenlik göstermektedir. Katılımcıların kendi kendine ilaç kullanım sıklığı %27,9, son 1 yılda kendi kendine ilaç kullanım sıklığı %24,8, son 1 ayda kendi kendine ilaç kullanım sıklığı %19,2'dir. Uskun ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada araştırmaya katılanların %42,9'u, Önder ve arkadaşlarının Ankara ilinde yaptığı bir çalışmada katılımcıların %57,8'inin sağlık kuruluşuna başvuru olmaksızın ilaç kullandığı belirtilmiştir (2,16). Ankara'da Üniversitesi öğrencileri ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin %90,2'si doktora gitmeden ilaç kullanmaktadırlar (17). Ege Üniversitesi öğrencileri ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin %44,2'sinin reçetesiz olarak ilaç kullandıkları belirlenmiştir. Hindistan'da yapılan bir çalışmaya katılanların %92'sinin doktora danışmadan kendi kendine ilaç kullandığı saptanmıştır (18). Sırbistan'da yapılan çalışmada kendi kendine tedavi sıklığı %79,9, olarak bulunmuştur (19). Bu çalışmada kendi kendine ilaç kullanım sıklığı daha düşük saptanmıştır. Bu durum çalışmanın Ankara ilinde yapılmasına ve katılımcıların sosyodemografik özelliklerine bağlanabilir.

Bu çalışmada evde antibiyotik bulundurma sıklığı %5,4, kendi kendine antibiyotik kullanım sıklığı %3,1 olarak saptanmıştır. Benzer metodoloji ile İlhan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların %28'inin evde antibiyotik bulundurduğu ve son 12 ayda kendi kendine antibiyotik kullanma hızının ise %19,1 olduğu belirtilmektedir (20). Çöplü ve arkadaşlarının Türkiye'de görev yapan hekimlerde yürüttüğü çalışmada hekimlerin %92,9'u, hastanın evde bulundurma amaçlı antibiyotik yazılmasını istemesi halinde ilacı reçeteye yazmadıklarını ifade etmişlerdir (21). Bu durum yıllar içinde akılcı antibiyotik kullanımına ilişkin yürütülen çalışmaların etkinliğini ve başarısını göstermektedir.

Bu çalışmada katılımcıların %84,8'si ilaçların prospektüsünü okuduğunu belirtmiştir. Ülkemizde üniversite öğrencilerinde ilaç kullanımı ile ilgili yapılan bir çalışmada kız öğrencilerin %91,9'unun, erkek öğrencilerin %77,6'sının ilaç prospektüslerini okuduğu ifade edilmiştir. Kahramanmaraş'ta yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %58,7'si ilaç prospektüslerini her zaman incelediğini, %34,9'u ise bazen incelediğini, İstanbul'da yapılan bir çalışmada %50,3'ü, Şahin ve arkadaşlarının Çankırı ilinde yaptığı çalışmada %59,5'inin prospektüs okuduklarını belirtmiştir (22,23). Özkan ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ise üniversite hastanesinin polikliniklerine herhangi bir nedenle başvuranların yaklaşık %65,0'inin prospektüs okudukları saptanmıştır (24). İrlanda'da

yapılan benzer bir çalışmada katılımcıların %80'inden fazlasının ilaç prospektüslerini okuduğu belirlenmiştir (25). Bu çalışmada prospektüs okuma sıklığı daha fazladır. Bu durum çalışmanın Türkiye'nin başkentinde yapılmasına, katılımcıların çoğunun kadın, öğrenim düzeyinin yüksek ve memur olmasına bağlanabilir.

Şahin ve arkadaşlarının Çankırı ilinde yaptığı çalışmada katılımcıların %37,8'inin daha önceki tedaviden artan ilaçları çöpe attığı, %34,3'ünün gerektiğinde kullanmak üzere sakladığı belirlenmiştir. Katılımcıların %29,7'sinin gerekli olabileceği düşüncesiyle hasta olmadan ilaç yazdırma eğiliminde olduğu, %24,5'nin komşu ya da yakınına ilaç tavsiyesinde bulunduğu tespit edilmiştir (22). Yapılan bu çalışmada da katılımcıların %65,4'ü evde ileride lazım olur düşüncesi ile ilaç bulundurduğu, %43,1'i hekime gidildiğinde istediği ilacı yazmasını istediğini, kullanılmayan, arta kalan ilaçları ne yaptıkları sorgulandığında ise %64,7'si daha sonra kullanılmak üzere sakladığını, %20,7'si çöpe attığını, %11,7'si sağlık kuruluşuna verdiğini, %2,9'u başkasına verdiğini, %39,7'si aile bireylerine, %28,5'i çevresindekilere/arkadaş/ tanıklarına ilaç tavsiyesinde bulunduğunu belirtmiştir. Bu durum hala akılcı ilaç kullanımının yeterli düzeyde olmadığını kanıtı olarak görülebilir.

Kendi kendine ilaç kullanımına ilişkin makaleler incelendiğinde ilaç kullanım davranışlarını sosyal, ekonomik, eğitim ve sağlık dinamiklerinin şekillendirdiği anlaşılmaktadır. Bu çalışmada kadın olmak, kronik hastalığın olması, prospektüs okumak, eczacıya danışarak ilaç kullanmak, arkadaş, tanıdık tavsiyesi ile ilaç kullanmak, bitkisel-geleneksel yöntemleri kullanmak, evde ilaç bulundurmak, aile bireylerine ilaç tavsiyesinde bulunmak kendi kendine ilaç kullanım sıklığını artıran dinamikler olarak saptanmıştır.

Türkiye'de 23 ilde yapılan sağlık okuryazarlığı araştırmasında toplumun sadece 1/3'ünün yeterli ve iyi düzeyde sağlık okuryazarı olduğu saptanmıştır (10). Bu çalışmada da benzer şekilde sağlık okuryazarlık düzeyi düşük saptanmıştır. Diyabetli bireylerde yapılan bir çalışmada da katılımcıların büyük çoğunluğunun yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar değerlendirildiğinde, sağlık okuryazarlığının ülkemiz için önemli bir sorun olduğu, toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin artırılmasına yönelik girişimlere gereksinim duyulduğu görülmektedir (26).

Toplumların yaşlanması ve beraberinde kronik hastalıkların artması ile kullanılan ilaç sayıları da artmakta ve bu ilaç kullanımının önümüzdeki on yıllarda daha da fazla artması beklenmektedir. İlaç kullanımındaki ve sağlık harcamalarındaki artış, insanları ilacı doğru kullanmaya ve karar verme becerilerini geliştirmeye zorlamaktadır. DSÖ, kişiler, ülkeler ve sağlık sistemi için maliyetleri düşürmek amacı ile yeterli sağlık ve eğitim sağlanabilmesi koşuluyla kendi kendine ilaç tedavisinin kullanılabilirliğini, böylece kişilerin sorumluluk alarak kendi kendine ilaç tedavisi konusunda yetkin olabileceğinin belirtmekte ve kendi kendine ilaç tedavisini desteklemektedir (4). Bu nedenle sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı konusu birlikte ele alınması gereken önemli konulardan olduğu düşünülmektedir.

Sağlık okuryazarlığı, sağlıkla ilgili karar vermede bireyleri güçlendirir ve sağlığın geliştirilmesi eylemlerine katılımlarını sağlar. Yetersiz, sınırlı sağlık okuryazarlığının bireysel ve toplumsal açıdan birçok negatif sağlık çıktısı vardır (10). Bu durum dikkate alınmalı ve bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin artırılması öncelikli hedef olmalıdır. Aksi takdirde bireylerin iyi sağlık halinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi çabalarını olumsuz etkileyecektir.

Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yüksek olması, kendi sağlığı ile ilgili olumlu kararlar alabilmesi, kendi sağlığı üzerindeki etkili olabilmesi ve sağlığın geliştirilmesi eylemlerine katılımlarının da olumlu etkilenmesi sebebiyle önemlidir. Bireylerin kendi kendine ilaç kullanımını en aza indirmek ve bilinçli ilaç kullanımını sağlayabilmek amacıyla sağlık okuryazarlığı düzeylerinin yükseltilmesi gereklidir.

## KAYNAKLAR

1. Kırılmaz, H., & Doğanıyigit, P. B. (2021). Kendi Kendine İlaç Kullanımı Ve Sağlık İnanç Modeli İlişkisi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 12(2), 200-209.
2. Uskun, E., Uskun, S. B., Öztürk, M., & Kışoğlu, A. N. (2004). Sağlık Ocağına Başvuru Öncesi İlaç Kullanımı. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 13(12), 451-454.
3. Müdürlüğü, S. H. G., Kalite, S., & Başkanlığı, A. D. (2015). İlaç Güvenliği Rehberi. Ankara, TC Sağlık Bakanlığı.
4. World Health Organization. (2015). Health Literacy Toolkit For Low-And Middle-income Countries. New Delhi: World Health Organization Regional Office For South-East Asia.
5. Neden Akılcı İlaç Kullanımı <https://www.titck.gov.tr/E.T:01.03.2023>

6. Serdar, G., Öztürk, D. B., Yılmaz, M. S., & Gül, E. U. (2014). Ankara Halkının Kendi Kendine Antibiyotik Kullanımı Hakkındaki Bilgi Ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Türk Hijyen Ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 71(3), 107-112.
7. Wertheimer, A. I., & Serradell, J. (2008). A Discussion Paper On Self-Care And Its Implications For Pharmacists. *Pharmacy World & Science*, 30(4), 309-315. <https://doi.org/10.1007/S11096-007-9187-Y>
8. Özçelikay, G. (2001). Akılcı İlaç Kullanımı Üzerinde Bir Pilot Çalışma. *Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 30(2), 9-18.
9. World Health Organization. (2015). *Health Literacy Toolkit For Low-And Middle-Income Countries*. New Delhi: World Health Organization Regional Office For South-East Asia.
10. Avcı, E., & Özkan, S. (2020). The Level Of Health Literacy İn World And Turkey And Affecting Factors. *Turkey Health Literacy Journal*, 1(1), 1-9..
11. Özbaş, C., & Özkan, S. (2022). Çocuklarda Sağlık Okuryazarlığı Ve Çocukluk Çağı Obezitesinin Önlenmesi.
12. Durusu Tannöver, M., Yıldırım, H. H., Demiray Ready, N., Çakır, B., & Akalın, E. H. (2018). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması, 2012. Erişim Adresi: <http://www.sagliksen.org.tr/MediaContent/Vyck-1419245270-Ma5r.Pdf>.
13. Okyay, P., Abacıgil, F., & Harlak, H. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (Tsoy-32). Okyay P, Abacıgil F, Editörler. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik Ve Geçerlilik Çalışması, 1, 43-62.
14. Emiral, G., H. Aygar, B. Atalay, S. Gökteş. 2018. Health Literacy Scale-European Union-Q16: A Validity And Reliability Study İn Turkey. *Int. Res. J. Med. Sci.*, 6(1): 1-7.
15. Sorensen, K. 2013. The European Health Literacy Survey. İn L. Hernandez, *Health Literacy: Improving Health, Health Systems, And Health Policy Around The World: Workshop Summary Usa: The National Academic Press*; 2013; Pp:63-64.
16. Önder, E., Koçia, O., Öztürk, S., Sabuncu, Z., Soyutemiz, Ö., & Altıntaş, H. (2002). Yunus Emre Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 18 Yaş Ve Üstü Bireylerin Ağrı Kesici Kullanımı Ve Bu Konudaki Bazı Bilgilerinin Saptanması. *Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni*, 23(1), 16-18.
17. Özçelikay, G. (2001). Akılcı İlaç Kullanımı Üzerinde Bir Pilot Çalışma. *Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 30(2), 9-18.
18. Badiger S, Kundapur R, Jain A, Kumar A, Pattanshetty S, Thakolkaran N, Bhat N, Ullal N. Self-Medication Patterns Among Medical Students İn South India. *Australas Med J* 5(4):217-220, 2012.
19. Kumar, N., Kanchan, T., Unnikrishnan, B., Rekha, T., Mithra, P., Kulkarni, V., Papanna, M. K., Holla, R., & Uppal, S. (2013). Perceptions And Practices Of Self-Medication Among Medical Students İn Coastal South India. *Plos One*, 8(8), E72247. <https://doi.org/10.1371/Journal.Pone.0072247>
20. İlhan, M. N., Durukan, E., İlhan, S. Ö., Aksakal, F. N., Özkan, S., & Bumin, M. A. (2009). Self-Medication With Antibiotics: Questionnaire Survey Among Primary Care Center Attendants. *Pharmacoepidemiology And Drug Safety*, 18(12), 1150-1157. <https://doi.org/10.1002/Pds.1829>
21. Çöplü, N., İlhan, M. N., Cıvil, E. F., Şenlik, Z. B., & Ertek, M. (2014). Rational Prescription Of Antibiotics Among Family Physicians And Specialists: Attitudes And Demands. *Turkish Bulletin Of Hygiene And Experimental Biology*, 71(1), 19-26.
22. Şahin, N., Çakmak, N. C. S., & Sönmez, D. Z. Toplumun Akılcı İlaç Kullanımına İlişkin Bilgi Ve Uygulamalarının Belirlenmesi: Çankırı İli Örneği. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 21-29.
23. Okyay, R. A., & Erdoğan, A. (2017). Self-Medication Practices And Rational Drug Use Habits Among University Students: A Cross-Sectional Study From Kahramanmaraş, Turkey. *PeerJ*, 5, E3990.
24. Özkan, S., Özbay, O. D., Aksakal, F. N., İlhan, M. N., & Aycan, S. (2005). Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastaların Hasta Olduklarındaki Tutumları Ve İlaç Kullanım Alışkanlıkları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 4(5), 223-237.
25. Wazaifi, M. (2005). Societal Perspectives On Over-The-Counter (Otc) Medicines. *Family Practice*, 22(2), 170-176. <https://doi.org/10.1093/Fampra/Cmh723>
26. Güner, T. A., Ayşe, K. U. Z. U., & Bayraktaroğlu, T. (2020). Diyabetli Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı Ve Akılcı İlaç Kullanımı Arasındaki İlişki. *Türkiye Diyabet Ve Obezite Dergisi*, 4(3), 214-223.



# Bir İilde İkinci Basamak Sağlık Kurumlarında Görev Yapan Hekimlerin Bulaşıcı Hastalıklar Bildirim Sistemi Bilgi Düzeyleri, Tutumları Ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi

*Evaluation of Knowledge Levels, Attitudes and Influencing Factors of Physicians Working in Secondary Health Care Services in One Province, about Communicable Diseases Notification*

**Selmur Topal<sup>1</sup>**

**Fehminaz Temel<sup>2</sup>**

**Hülya Şirin<sup>3</sup>**

**Asiye Çiğdem Şimşek<sup>4</sup>**

1. Dr., Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü,
2. Uzm. Dr., Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü,
3. Doç. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı,
4. Doç. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı,

## Öz

Bulaşıcı hastalıkların süreyansı; hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için, verilerin düzenli ve sürekli toplanması, analizi, yorumlanması ve ilgililere geri bildirimidir. İlk basamağı verilerin toplanmasıdır ve her ülkenin kendi ihtiyaçları doğrultusunda oluşturulmuş bildirim sistemi aracılığı ile yapılmaktadır. Araştırmamızın amacı hekimlerin bildirim sistemi konusunda bilgi ve tutumlarının belirlenmesidir.

Yaş ortalaması 40,9+9,0 yıl olup %42,3'ü bildirim sistemi konusunda eğitim almıştır, 353 hekimin %52,7'si hiç bildirim yapmadığını belirtmiştir. Bildirim yapmama nedenleri arasında bildirim yapması gerektiğini ve bildirim nasıl yapılacağını bilmeme ve vaktinin olmaması belirtilmiştir. Bildirim yapanların %69,8'i, yapmayanların %47,3'ü eğitim almıştır. Eğitim alan kişilerde bildirim yapma 2,6 kat (%95 GA:1,5-4,3) bulunmuştur. Ortalama bilgi puanı 11,0+7,9'dur.

Hekimlerin bildirim yapmaları ve bildirim sistemi konusundaki bilgi düzeylerinin eğitim almaları ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Sağlık personelinin düzenli ve sürekli eğitiminin personelin hastalıkları zamanında ve tam bildirme düzeyini artıracığı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Bulaşıcı Hastalık, Bildirim, Eğitim, Bilgi Düzeyi, Tutum.

*Alıntı Şekli / Cite this article as: Topal S, Temel F, Şirin H, Şimşek AÇ. Bir İilde İkinci Basamak Sağlık Kurumlarında Görev Yapan Hekimlerin Bulaşıcı Hastalıklar Bildirim Sistemi Bilgi Düzeyleri, Tutumları Ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. SOYD. 2023;4(1):18-29*

## Sorumlu Yazar / Corresponding Author:

Selmur Topal, Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü,  
 Sağlık Mahallesi Adnan Saygun Cad. No:55 06430 / Sıhhiye/  
 Çankaya / Ankara  
 E-mail: selmur.topal@saglik.gov.tr

## Abstract

Surveillance of communicable diseases is the regular and continuous collection, analysis, interpretation and feedback of data for the prevention and control of diseases. The first step is the collection of data, and done through the notification system created in line with the needs of the country. The aim of our research is to determine the knowledge and attitudes of physicians on notification system.

Mean age is 40.9+9.0 years, 42.3% of them received training on notification system, and 52.7% of 353 physicians stated that they did not report any communicable diseases.

Among the reasons for not reporting are not knowing that they should make a notification and how to make a notification and not having time.

69.8% of those who reported and 47.3% of those who did not, received training. Reporting was found to be 2.6 times (95% CI: 1.5-4.3%) among those who received training. The mean knowledge score is 11.0+7.9.

Physicians' reporting and their level of knowledge about the notification system are related to receiving a training. Regular and continuous training will help increase the level of timely and complete reporting of diseases by physicians.

**Keywords:** Communicable Disease, Notification, Training, Knowledge Level, Attitude .

## GİRİŞ

Bulaşıcı hastalıklar, kişiden kişiye bulaşabilme, geniş kitlelere yayılma ve büyük toplulukları etkileme yeteneğine sahip hastalıklardır. Yüzyıllardır en önemli hastalık, sakatlık ve ölüm nedenlerinin başında gelmiştir. Tüm ülkelerde akut sağlık sorunları arasında önemli bir yer tutmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerin çoğunda, morbidite ve mortalitenin hala en büyük nedeni olmaya devam etmektedir(1,2).

Bulaşıcı hastalıkları büyük topluluklara yayılarak maddi ve manevi ağır sonuçlara yol açmadan önce durdurmak, salgın oluşmasına imkân vermemek koruyucu tıbbın ve hekimlerin öncelikli amacı ve görevidir. Bu amaca ulaşmak, etkin bir sörveyans sisteminin varlığı ile mümkün olabilir(3).

Halk sağlığı kavramı olarak sörveyans verilerin sürekli toplanması, toplanan verilerin analiz edilmesi, bu analizlerin sağlığın geliştirilmesi, iyileştirilmesi ve/veya hastalıkların kontrolü uygulamaları için ihtiyacı olan kişilere ve bildirim yapan kaynaklara dağıtılmasıdır(4-9).

Başlangıçta bulaşıcı hastalıkların kontrolü için bir araç olarak kullanılan sörveyans daha sonra pek çok durum için uygulanmaya başlanmıştır. Günümüzde hastalıkların kontrol ve önlenmesi amacıyla temel epidemiyolojisi

ve hastalığın doğal seyrinin tanımlanması, öncelikli risk faktörlerinin belirlenmesi, hastalık önleme ve kontrol programlarının değerlendirilmesi, halk sağlığı açısından önceliklerin belirlenmesi ve gelecekteki sağlık gereksinimleri ve eğilimleri belirleyerek sağlık hizmetini planlamak gibi pek çok alanda kullanılmaktadır(9,10).

Verilerin sistematik ve düzenli toplanması, analizi ve ihtiyacı olan birimlere geri bildirim sağlayacak şekilde verilerin değerlendirildiği ve eylem için veri toplamak olarak tanımlanan Sörveyans; birçok alanda kullanılmaktadır. Bulaşıcı hastalıklarla mücadelede sağlık politikalarının belirlenmesinde büyük öneme sahiptir(5,11).

Sörveyansın amacı; bölgedeki hastalığın araştırılmasında, kontrol edilmesinde ve önlenmesinde etkili olabilmek için o bölgede hastalığın oluşumunun var olan örüntüsünü ve hastalık potansiyelini öğrenmektir(5,6,10) Bulaşıcı hastalıklar için sörveyans etkili halk sağlığı hizmetleri ile hastalık kontrolü ve önleme hizmetleri sağlamada kritik bir unsurdur(12)

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hem var olan durumun saptanması hem de olası yeni sorunlara hazırlıklı olmanın en önemli yolunun güçlü sörveyans sistemlerinin geliştirilmesi olduğu düşünülmektedir. Sörveyansın niçin yapıldığı kadar nasıl yapıldığı da önem taşımaktadır(2).

Bulaşıcı hastalıklar konusunda her ülke kendileri tarafından yayınlanan mevzuatlar dahilinde düzenlenen bildirim sistemi aracılığı ile verileri toplamaktadır. Hastalıkların bildirimini, belirli hastalıkların ve koşulların ortaya çıkması durumunun, klinisyenler ve diğer sağlık personeli tarafından, belirlenmiş raporlama araçları kullanılarak belirlenmiş halk sağlığı yetkililerine, eylem için, resmi ve zamanında rapor edilmesini içerir. Hastalık bildirimini, etkili ve verimli bir hastalık sürveyans sistemi için önemli bir veri toplama kaynağıdır(12-14).

Bildirim sistemi ülkelerin, hastalıklar hakkında sistematik bir şekilde veri toplayarak ortaya çıkış sıklıklarını ve davranış modellerini görmek, planlama yapmak, kaynak ayırmak ve aktarmak, salgınları önceden tahmin etmek, koruma ve kontrol programlarını geliştirmek ve uygulamak için yaşamsal mekanizmalarıdır(5,9,15)

Bulaşıcı hastalıkların bildirim ve sürveyansı, bu hastalıklarla mücadelede de sağlık politikalarının olmazsa olmaz kavramlarıdır. Halk sağlığının korunması amacı ile tıp yöneticileri tarafından; hastalıkların eğilimlerinin izlenmesi, programların planlanması ve değerlendirilmesi, politika geliştirilmesi, araştırma, önleme ve kontrol faaliyetlerinin etkinliğini değerlendirilmesinde bulaşıcı hastalıklara ait sürveyans verilerinin kullanılması önemlidir (16,17).

Bulaşıcı hastalıkların bildirim sisteminin iyi olması epidemiyolojik açıdan hastalıkların takibi için gerekli olup, toplumun korunması açısından büyük önem taşımaktadır(18).

Verilerin toplanmasına ülkeler kendi ihtiyaçlarına göre karar vermektedir. Bunun için önemli olan hastalıkların insidans ve prevalansları, hastalık yükü, mortalite ve fatalite hızları, laboratuvar kapasiteleri, uygulanmakta olan kontrol programları, bağışıklama çalışmaları vb. gibi bir çok faktör rol almaktadır(7,17,19)

Ülkemizde de bulaşıcı hastalıkların bildirimini, sağlık personelinin tanı koydukları vakaları, ilgili yasal mevzuatlar kapsamında belirlenen şekilde bildirmesine dayanmakta ve genelde de gerçek vaka sayılarının altında bildirimler yapılmaktadır(20).

Hastalıkların bildirimlerinin tam olarak yapılamamasının bu sistem içerisinde görev almakta olan hekimlerin, diğer sağlık personelinin ve bildirim sistemi içerisinde görev alan basamaklarda hizmet vermekte olan personelin bilgi

düzeyleri ve konu ile ilgili farkındalıkları ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışma, 2010 yılında ikinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışmakta olan hekimlerin bulaşıcı hastalıklar bildirim sistemi ile ilgili bilgi düzeylerini ve tutumlarını ortaya koyarak bildirim sisteminin işlevliliğini arttırmak amacı ile yapılacak çalışmalara yön vermek amacı ile yapılmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Bu kesitsel araştırma için anket konu ile ilgili bilimsel yayınların taraması sonucunda hekimlerin bildirim sistemi konusundaki bilgi ve tutumlarını etkileyecek durumlar tespit edilerek oluşturulmuştur. Anket çalışmaya katılan hekimlerin yaş, öğrenim durumu, uzmanlık çalışma durumları, bildirim sistemi konusunda eğitim alma durumu, sürveyans rehberinin kurumda varlığı ve kullanılma durumu, hekimlerin bildirim sistemi konusundaki bilgi düzeyleri, hekimler tarafından bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık (BZBH) tanısı alan hastaların bildirilme/bildirilmeme durumlarını, nedenlerini, hekimlerin formları kayıt ve kontrol etme durumunu sorgulayan sorulardan oluşmaktadır.

Anketin ön denemesi başka bir ilde iki hastanede görev yapmakta olan hekimlerde yapılmıştır. Anket, bir ilimizde il sağlık müdürlüğü tarafından hastanelere gönderilmiş ve başhekimlik tarafından dağıtılarak uygulanması istenmiştir. Hastanelerde görev yapan tüm hekimlere anket ulaştırılmış fakat toplam 731 hekimden %53,1'i anketi cevaplamıştır.

Araştırmanın uygulanması için Sağlık Bakanlığı'ndan izin alınmıştır.

Hekimlere Kızamık, Akut hemorajik ateş sendromu, EHEC, Streptokok anjini, Kolera, Polio, Enfeksiyöz Mononükleoz, Lejyoner Hastalığı, Veba, Konjenital Rubella ve Ekinokok hastalıklarının bildirimini zorunlu olup olmadığı ve bu hastalıklardan bildirim zorunlu olanların hangi grup içinde yer aldığı sorulmuş, her doğru cevaba bir puan verilmiştir. Ayrıca Form 014, Form 016, Form 017A, B, C, D, E, Form 021, Form 86AD, Form 86B, Lepra Çalışma Cetveli, Trahom Çalışma Çizelgesi ve Enfeksiyon Etkenleri Bildirim Fişinin bulaşıcı hastalıkların bildirimleri sırasında kullanılma durumları da sorulmuştur. Her doğru cevaba bir puan verilmiştir.



Her kişi için bir toplam puan hesaplanmıştır. Bunun yanı sıra bilgi düzeyleri ile ilgili soruların cevaplarının hekimlerin eğitimi, çalıştıkları birim, konu ile ilgili aldıkları eğitim durumu ile karşılaştırılmıştır.

Hekimlerin sorulara verdikleri doğru cevaplara puan verilmiş ve ortalama puan hesaplanmıştır. Ortalama puan ve üstünde puan alanlar iyi, ortalamanın altında puan alanlar kötü olarak kabul edilmiştir. İyi puan alma durumunu etkileyen faktörleri belirlemek için lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Modele bildirim sistemi eğitimi alma, bildirim yapma ve süreyans rehberini kullanma değişkenleri dahil edilmiştir.

Verilerin değerlendirilmesinde sayısal ve yüzde dağılımı, yaygınlık ve dağılım ölçütleri, ortancalar arası farkın anlamlılık testi, sayısal karşılaştırmalarda ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı %5 kabul edilmiştir. Veriler, IBM Statistics SPSS 23 (Statistical Package for the Social Science) paket programı ile analiz edilmiştir. Anket uygulanan kişilerin sözel izinleri alınmıştır.

## BULGULAR

Araştırmaya ilde bulunan ikinci basamak sağlık kurumlarında görev yapmakta olan 731 hekimin 385'i (%53,1) katılmıştır. Hekimlerin yaş ortalaması 40,9+9,0 (En küçük=23–En büyük=71), %79'u erkek, %14,5'i pratisyen hekim, %85,5'i uzman hekimdir. Ankete katılan hekimlerin %13,8'inin acil servis, %11,2'si çocuk hastalıkları, %1,6'sının kadın hastalıkları ve doğum, %6,2'sinin dahiliye, %1,3'ünün enfeksiyon hastalıklarında ve %56,9'u ise diğer bölümlerde çalışmaktadır. Hekimlerin %49,9'u dahili, %31,4'ü cerrahi birimlerde görev yapmaktadır. Hekimlerde mezuniyet sonrası geçen ortalama süre 16,1+9,3 yıl, çalışmakta olduğu kurumlarındaki ortalama çalışma süresi 53,9+80,3 aydır, %88,4'ü poliklinik hizmeti vermekte olup poliklinikte muayene edilen ortalama hasta sayısı 57,2+55,8 kişidir. Hekimlerin 163'ü (%42,3) mezuniyet öncesi veya sonrası herhangi bir dönemde bildirim sistemi konusunda eğitim almışken 222'si (%57,7) bu konuda hiç eğitim almamıştır (Tablo 1).

**Tablo 1. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Özellikleri**

Özellik		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	81	21,0
	Erkek	304	79,0
Yaş Grubu (Yıl)	20-29	21	5,4
	30-39	177	46,0
	40-49	122	31,7
	50-59	47	12,2
	≥60	18	4,7
Uzmanlık Durumu	Pratisyen hekim	56	14,5
	Uzman hekim	329	85,5
Mezuniyet Sonrası Geçen Süre	1-4	27	7,0
	5-9	73	19,0
	10-14	94	24,4
	15-19	75	19,5
	>20	116	30,1
Halen Çalışılan Bölüm	Dahiliye	24	6,2
	Çocuk Hastalıkları	43	11,2
	Enfeksiyon Hastalıkları	5	1,3
	Acil Servis	53	13,8
	Kulak Burun Boğaz	19	4,9
	Kadın Hastalıkları ve Doğum	41	10,6
	Aile Hekimliği	1	0,3
	Diğer	199	51,7
Dahili- Cerrahi Bölüm	Dahili bölüm	192	49,9
	Cerrahi bölüm	121	31,4
	Belirtilmeyen	72	18,7
Kurumdaki Görevi	Bildirim sistemi sorumlusu	3	0,8
	Pratisyen hekim	53	13,8
	Uzman hekim	312	81,3
	Enfeksiyon kontrol komitesi üyesi	9	2,3
	Diğer	7	1,8
Bildirim Sistemi Eğitimi Alma Durumu	Evet	163	59,1
	Hayır	113	40,9
Mezuniyet Öncesi	Evet	102	45,9
	Hayır	120	54,1
Mezuniyet Sonrası	Evet	66	31,4
	Hayır	144	68,6
Poliklinik Görevi	Evet	329	88,4
	Hayır	43	11,6

Hekimlerin (n=353) 167'si (%47,3) bulaşıcı hastalıkların bildirimini yaptığını, 186'sı (%52,7) ise bildirim yapmadığını belirtirken bildirim yapmama nedenlerini 173 hekim belirtmiştir. Bunların %31,9'u bildirim kendi adına poliklinikte görevli diğer personel tarafından yapıldığını, % 5,2'si bildirim yapması gerektiğini bilmediğini, % 2,9'u vaktinin olmadığını %18,5'i bildirim nasıl yapılacağını bilmediğini, %44,0'ü ise diğer nedenleri bulaşıcı hastalık bildirimlerini yapmamasının nedeni olarak belirtmiştir.

Hekimlerin % 51,2'si tanı koydukları hastalıkların hepsini, %11,8'i çoğunu, %3,4'ü az bir kısmını doğru kayıt ettiğini, %10,9'u hiçbirini kayıt etmediğini belirtmiştir (Tablo 2). Kayıt etmeme nedenlerinin filyasyon çalışması yapmamak, bildirimle uğraşmamak, yazacağı ilaçlara ICD 10 kodlarının karşılık gelmemesi ve bildirim zorunlu hastalıkların neler olduğunun bilinmemesi olduğu belirtilmiştir. Hekimlerin %45,7'si tanısı konulan bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıkların hepsine form 014 doldurduğunu belirtmiştir. Tamamının bildirilmeme nedenine zaman olmaması, parasal bir getirisi olmaması ve personel yetersizliği olarak belirtilmiştir. Hekimlerin %44,5'i hastalıkların bildirim sırasında doldurulan formların hepsini kontrol ettiğini belirtmiştir. Kesin tanı koymak için sürveyans rehberinde tanımlanmış standart tanı kriterlerine uygun laboratuvar hizmetine hekimlerin %47,2'si ulaşabildiğini belirtmiştir. Bu hizmete ulaşamama nedenleri laboratuvarın uzak olması, yeterli olmaması, hastaların tetkik yaptırmak istememesidir. Bulaşıcı hastalık şüphesinde hekimlerin %26,8'i her zaman, %21,7'si ise hiçbir zaman örnek almamaktadır. Örnek almama nedenleri örnek alınması gerekli durumların bilinmemesi, nasıl örnek alınması gerektiğinin bilinmemesi ve örneklerin gönderileceği laboratuvarın bilinmemesidir (Tablo 2).

**Tablo 2. Çalışmaya katılanların bildirim sistemi süreçlerine uyma düzeyleri**

	Sayı	%
<b>Hastalık Tanılarının Doğru Kayıt Edilme Düzeyi (n=322)</b>		
Hepsi	165	51,2
Çoğu	38	11,8
Yarısı	-	-
Az bir kısmı	11	3,4
Hiçbiri	35	10,9
Bilmiyor	73	22,7
<b>Hastalıkların Form 014'e Kaydedilme Düzeyi (n=291)</b>		
Hepsi	133	45,7
Çoğu	11	3,8
Yarısı	-	-
Az bir kısmı	5	1,7
Hiçbiri	49	16,8
Bilmiyor	93	32,0
<b>Doldurulan Formun Hekim Tarafından Kontrol Edilme Düzeyi (n=272)</b>		
Hepsi	121	44,5
Çoğu	15	5,5
Yarısı	-	-
Az bir kısmı	9	3,3
Hiçbiri	45	16,5
Bilmiyor	82	30,1
<b>Bulaşıcı Hastalık Şüphesinde Hastalardan Örnek Alma Sıklığı (n=295)</b>		
Her zaman	79	26,8
Sıklıkla	72	24,4
Bazen	39	13,2
Nadiren	41	13,9
Hiçbir zaman	64	21,7

Hekimlerin %84,4'ü veba, %85,7'si kolera, %81,0'sı polio, %78,7'si kızamık hastalığının bildirimini zorunlu olduğunu doğru olarak bilirken, %40,0'i streptokok anjinini, %30,9'u enfeksiyöz mononükleozun bildirimini zorunlu olmayan hastalık olduğunu doğru olarak bilmıştır. Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar hangi grup içinde yer alır sorusuna doğru cevap verme yüzdesi kızamık için %28,6, kolera için %26,0 ve polio için %25,2dir (Tablo 3).

**Tablo 3. Çalışmaya katılanların bildirim sistemindeki hastalıkların bildirim durumunu ve bu hastalıkların yer aldıkları grupları doğru bilme düzeyi (n=385)**

Hastalık Adı	Bildirim Durumunu Doğru Bilme Düzeyi		Hastalığın Hangi Grup İçinde Yer Aldığını Doğru Bilme Düzeyi	
	Sayı	%	Sayı	%
	Kızamık	303	78,7	110
Akut Hemorajik Ateş Send.	232	60,3	89	23,1
EHEC	209	54,3	76	19,7
Streptococ Anjini*	154	40,0	-	-
Kolera	330	85,7	100	26,0
Polio	312	81,0	97	25,2
Enfeksiyöz Mononükleoz*	119	30,9	-	-
Lejyoner Hastalığı	225	58,4	84	21,8
Veba	325	84,4	92	23,9
Konjenital Rubella	220	57,1	76	19,7
Ekinokok	164	42,6	85	22,1

%, Ankete katılan kişi sayısı üzerinden hesaplanmıştır. \*Bildirim sistemi içerisinde tanı konulduğunda bildirilmesi zorunlu olmayan hastalıklardır.

Bulaşıcı hastalıklar bildirimini yaptığını belirtenlerin %69,8'inin, yapmadığını belirtenlerin %47,3'ünün eğitim aldığı belirlenmiştir. Eğitim alanlarda bildirim yapma 2,6 kat (%95 GA:1,5-4,3) bulunmuştur (Tablo 4).

**Tablo 4. Bulaşıcı hastalık bildirimini yapanlarda konuyla ilgili eğitim alma düzeyi**

Bildirim Sistemi Eğitimi Alma	Bulaşıcı Hastalık Bildirimi						OR (%95 GA)
	Yapıyor		Yapmıyor		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Aldı	88	69,8	61	47,3	149	58,4	<b>2,6 (1,5-4,3)</b>
Almadı	38	30,2	68	52,7	106	41,6	
Toplam	126	100,0	129	100,0	255	100,0	

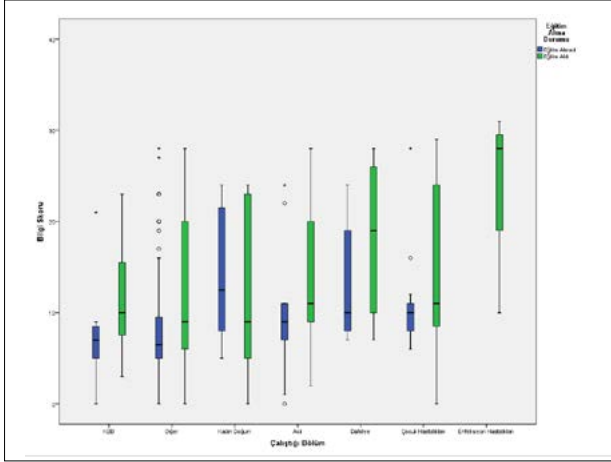
p<0.001

Hekimlerin ortalama bilgi puanı 11,0+7,9'dur (ortanca: 9,0 En az=0-En çok=31). Hekimlerin 260'ı (%67,5) ortalama ve altında puan almıştır. Cinsiyet, yaş, mezuniyet süresi ve poliklinikte çalışmanın bilgi skorlarını etkilemediği saptanmıştır. Hekimlerin almış oldukları ortalama puanların öğrenim durumu, uzmanlık durumu, çalışılan bölüm, cerrahi ve dahili bölümde çalışma, kurumdaki görevi, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim alma, sürveyans rehberi kullanma, bildirim yapma ve herhangi bir zamanda eğitim alma durumu açısından istatistiksel olarak farklı olduğu bulunmuştur (Tablo 5).

**Tablo 5. Bildirim ile İlgili Bilgi Skorunu Etkileyen Durumlar**

Bilgi Puanı	n	Ortalama±SS	Ortanca	En Düşük- En Yüksek	p	
Öğrenim Durumu	Üniversite	52	12,4±7,5	10,5	0-28	<b>0,028</b>
	Yüksek Lisans	3	13,7±4,6	11,0	11-19	
	Doktora	3	8,7±1,2	8,0	8-10	
	Uzmanlık	327	10,8±8,0	9,0	0-31	
Uzmanlık Durumu	Pratisyen Hekim	56	12,4±7,3	11,0	0-28	<b>0,017</b>
	Uzman Hekim	329	10,8±8,0	9,0	0-31	
Çalışılan Bölüm	Dahiliye	24	12,7±8,2	10,0	0-28	<b>0,020</b>
	Çocuk Hastalıkları	43	13,2±7,5	11,0	0-29	
	Enfeksiyon Hastalıkları	5	23,8±8,4	28,0	10-31	
	Acil Servis	53	12,2±7,3	10,0	0-28	
	KBB	19	9,3±7,7	7,0	0-26	
	Kadın Hastalıkları ve Doğum	41	11,0±7,8	9,0	0-24	
	Aile Hekimliği	1	12,0	12,0	12-12	
Dahili/Cerrahi Bölüm	Dahili	192	12,1±8,1	10,0	0-31	<b>0,016</b>
	Cerrahi	121	10,1±7,7	8,0	0-28	
Kurumdaki Görev	Bildirim ile ilgili görevler	12	22,8±7,0	24,4	10-31	<b>&lt;0,001</b>
	İdari görevler	7	17,0±11,6	23,0	0-28	
	Klinik görevler	365	10,5±7,5	9,0	0-29	
Mezuniyet Öncesi Eğitim	Evet	102	12,4±7,6	10,0	0-29	<b>0,010</b>
	Hayır	120	9,8±6,9	8,0	0-28	
Mezuniyet Sonrası Eğitim	Evet	66	13,4±8,4	11,0	0-28	<b>0,047</b>
	Hayır	144	10,3±7,1	9,0	0-28	
Sürveyans Rehberi Kullanma	Evet	110	14,6±8,5	11,0	0-31	<b>0,001</b>
	Hayır	248	9,7±7,0	8,5	0-29	
Bildirim Yapıyor mu	Evet	167	14,0±8,2	11,0	0-31	<b>&lt;0,001</b>
	Hayır	186	9,0±6,5	8,0	0-28	
Bildirim Sistemi Eğitimi Alma Durumu	Evet	163	13,3±8,4	10,0	0-31	<b>0,003</b>
	Hayır	113	9,6±6,9	8,0	0-28	

Hekimlerin bilgi skorlarının enfeksiyon hastalıkları biriminde görev yapan ve bildirim sistemi ile ilgili eğitim alan hekimlerde diğerlerine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Grafik1).



**Grafik 1. Çalışılan bölüme ve eğitim alma durumuna göre bilgi skorları**

Hekimlerin bilgi düzeylerini etkileyen olası faktörler düzenli olarak bildirim yapma ve bildirim sistemi eğitimi almaktır. Bilgi düzeyi, diğer faktörler kontrol edildiğinde düzenli bildirim yapanlarda yapmayanlara göre 2,4 kat (1,3-4,2), bildirim sistemi eğitimi alanlarda almayanlara göre 2,1 (1,2-3,7) kattır (Tablo 6).

**Tablo 6. Bilgi Düzeyini Etkileyen Olası Faktörler**

Olası Faktörler	OR <sub>adi</sub> (%95 GA)	Wald test
Bildirim yapanlar (ref: yapmayan)	<b>2,4 (1,3-4,2)</b>	8,676
Bildirim sistemi eğitimi alanlar (ref: almayan)	<b>2,1 (1,2-3,7)</b>	6,503
Sürveyans rehberini kullananlar (ref: kullanmayanlar)	1,1 (0,6-2,1)	0,174
Sabit	0,624	4,344

## TARTIŞMA

Ülkemizde hekimler tıp fakültesi eğitimleri sırasında ve mezuniyet sonrası dönemde bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklara dair çeşitli dönemlerde eğitim almaktadır. Bizim çalışmamızda da hekimlerin yaklaşık yarısı bu eğitimi almıştır. Bildirim sistemi kapsamında eğitim alanların da bilgi puanı diğerlerine göre yüksektir. Anthony C. Iwu ve arkadaşlarının Nijerya'da yapmış olduğu

çalışmaya katılan hekimlerin %74,4'ü bulaşıcı hastalıkların bildirim konusunda eğitim almadığını belirtirken %26'sı aldığını ve hastalık bildiriminde ek ve periyodik eğitim ihtiyacı olduğunu belirtmişlerdir(21). Yine Abdurrahim N. ve arkadaşlarının Ürdün'de yapmış olduğu çalışmada hekimlerin sadece %27,4'ü sürveyans konusunda eğitim aldığını ve yaklaşık üçte ikisi (%62,8) sağlık profesyonellerinin sürveyans konusunda eğitilmeleri gerektiğine inandıklarını belirtmiştir(22).

Mustafa Korkmaz ve arkadaşlarının Türkiye'de yapmış olduğu bir çalışma, BZBH konusunda hizmet içi eğitim alan birimlerde çalışan hekimlerin bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir(23). Sağlık alanında herhangi bir dönemde hizmetle ilgili bu tür eğitimlerin sürekliliği önemlidir. Özellikle bulaşıcı hastalıklar alanında çalışan hekimlerin bilgilerinin güncel olması bu hastalıkların zamanında tespiti, fark edilmesi ve müdahale edilmesini sağlamaktadır.

Konowitz ve arkadaşlarının Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapmış olduğu bir başka çalışmada enfeksiyon hastalıkları uzmanlarının diğer uzmanlara göre bildirim zorunlu hastalıkların nasıl bildirilmesi gerektiği ile ilgili bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir(24). Yine Salim ve arkadaşlarının Güney Afrika Cumhuriyeti'nde yapmış olduğu çalışmada pediatri uzmanlarının bilgi düzeylerinin diğer birimlerde görev alan uzmanlara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (25). Bizim çalışmamızda da daha önce eğitim aldığını belirten ve enfeksiyon hastalıkları biriminde çalışan kişilerde bilgi skorunun diğerlerine göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yine bu çalışmada dahili branşlarda çalışmakta olan hekimlerin bilgi düzeylerinin cerrahi branşlarda çalışan hekimlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda bütün hastanelerde enfeksiyon hastalıkları uzmanı olmadığı için dahili ve cerrahi branşlar ayrıca değerlendirilmiş ve bildirim yapılma sıklığı ile kişilerin muayene oldukları bölümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Ancak bunun hekimlerin branşlarından bağımsız olduğu, hekimlerin bildirim konusunda eşit duyarlılığa sahip olmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Hekimler bulaşıcı hastalık bildirim yapmama nedenlerini, kendi adına başkalarının bildirim yaptığını, bildirim nasıl yapılacağını bilmediğini, bildirim yapması gerektiğini bilmediğini, vakti olmadığını, bu hastalarla karşılaşmadığı, bildirim yapmayı ihmal ettiği, otomasyon aracılığı ile

bildirimlerin yapıldığını, bu konuda eğitim almadığını, tanı koymak için laboratuvar imkânı olmadığı şeklinde belirtmişlerdir. Konowitz ve arkadaşlarının New York'daki bir konferansa katılan hekimlerde yapmış olduğu çalışmada hekimlerin niye bildirim yapmadıkları da değerlendirilmiş ve hekimlerin bildirim karşısındaki tutumlarının yanı sıra nasıl raporlandığını bilmediklerini, bildirim zorunlu hastalıkların neler olduğunu bilmediğini, raporlama için süreyi bilmediklerini, herhangi bir telefon numarasına sahip olmadıklarını, sağlık departmanının aktif olmadığını, genellikle hastaların tedavilerine başladıklarını belirtmişlerdir(24). Yine Iwu ve arkadaşlarının Nijerya'da yapmış olduğu çalışmada katılanların yaklaşık onda birinin hangi hastalıkların bildirilmesi gerektiğini bilmediklerini belirtirken, Edwards'ın Ohio'da yaptığı başka bir çalışmada araştırmaya katılan hekimlerin yarısından çoğu hastalıkların nasıl raporlandığını bilmedikleri belirtilmiştir(21,26).

Janati ve arkadaşlarının çalışmasında İran'daki hastalık raporlama sistemi hakkında personel farkındalığının olmadığı belirtilirken, Doyle ve arkadaşlarının ABD'de yapmış olduğu çalışmada hastalıkların bildirilmemesi konusunda belirtilen nedenler arasında yasal bildirim zorunluluğunun bilinmemesi, hangi hastalıkların bildirilmesi gerektiği konusunda bilgi eksikliği, nasıl veya kime rapor edileceğinin anlaşılması, bir başkasının vakayı bildireceği varsayımı, kasıtlı olarak yapılmaması, Atinge ve arkadaşlarının yine Kuzey-Doğu Nijerya'da yapmış olduğu araştırmada bildirim yapılmama nedenleri arasında hangi hastalıkların ve kim tarafından bildirilmesi gerektiğinin bilinmemesi yer almaktadır(12,27,28). Bu çalışmalarda ve bizim çalışmamızda hekimlerin bildirim yapmama nedenleri arasında bildirimlerin nasıl yapılacağını bilmeme ve bildirim zorunlu hastalıkların neler olduğunu bilmeme ortak nedenler arasında yer almaktadır.

Hekimlerin yarısından fazlası tanısını koydukları bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıkların hepsini doğru olarak poliklinik defterine/ bilgisayara kayıt ettiğini belirtirken az bir kısmı da hiçbirini kayıt etmemektedir. Ancak bildirim sistemi ile ilgili eğitim alan hekimlerde eğitim almayan hekimlere göre hastalıkların poliklinik defterine doğru olarak kayıt edilmesi yaklaşık 1,5 kat daha fazladır. Bildirim sırasında kullanılan forma tanısını koydukları bildirim zorunlu hastalıkların hepsini hekimlerin yarısından daha azı kayıt etmektedir. Yaklaşık beşte biri ise hiçbirini kayıt etmemektedir. Eğitim alanlarda almayanlara göre hastaların hepsini

forma kaydetme ise daha yüksektir. Anthony C. Iwu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ankete katılan hekimlerin yarısından fazlasının buldukları kurumda hastalık bildirim yapmadıklarını belirtmişler ve bildirim yaptığını belirten hekimlerin onda birinin daima, yaklaşık yarısının bazen, yarısından azının nadiren bulaşıcı hastalık bildirim yaptıklarını belirtmiştir(21). Bizim ülkemizde olduğu gibi bazı ülkelerde de bulaşıcı hastalık bildirimleri tam yapılmamaktadır. Ancak meslek hayatında herhangi bir dönemde eğitim almanın bildirim yapılması üzerinde etkili olduğu çalışmamızda da gösterilmiştir.

Çalışmamızdaki hekimler yazacağı ilaçlara ICD 10 tanı kodlarının karşılık gelmediği, bildirim zorunlu hastalıkların neler olduğunu bilmediği, bildirimle uğraşmamak, filyasyon yapmamak, kayıtların başkaları tarafından yapıldığı, yeterince bilmedikleri, gözden kaçırdıkları ve bu hastalarla karşılaşmadığı ve karşılaştığı durumda da sevk ettiği için hastalıkların bildirimini yapmadığını belirtmiştir. Mustafa Korkmaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise hekimlerin beşte birinden fazlasının bildirim yapılması gerekli olan hastalıkları bazen bildirirken bazen bildirmediğini, onda birinin bildirim yapılması gerekli olan hastalıkların çoğunu bildirdiklerini, üçte birinin Sağlık Bakanlığı'nca belirlenen yönetmelikteki tüm hastalıkları bildirdiklerini, onda birinin kendisine hangi hastalığı bildirmesi söyleniyorsa o hastalığı bildirdiğini, üçte birinin bildiği birkaç hastalık olduğunu ve bunları bildirdiğini ancak tüm bildirim zorunlu hastalıkları yeteri kadar bilmediğini belirtmiştir(23). Bu durum, ülkemizde hekimlerin bildirim yapmama nedenleri arasında en sık "bildirim yapılması gereken hastalıkların neler olduğunun bilinmemesi" olduğunu göstermektedir.

Hekimlerin yarısına yakını göndermeden önce hastalıkların bildirim sırasında kullanılan formun hepsini kontrol etmektedir. Ancak eğitim alma durumuna göre bu durum değişmektedir. Formların hepsini kontrol etme düzeyi, eğitim alan hekimlerde yarısından fazla iken eğitim almayanların yaklaşık üçte biridir. Bildirim yapılması kadar yapılan bildirimlerin tam ve doğru olması da daha sonra yapılacak çalışmaları yönlendirme açısından önemlidir, bu nedenle doldurulan formların tam ve doğru doldurulmasının kontrol edilmesi, eksikliklerin giderilmesi ve yanlışlıkların düzeltilmesi surveyans çalışmalarının daha doğru bir şekilde yürütülmesine yardımcı olacaktır.

Tanısı konulan bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıkların

tamamını bildirmeme nedenleri en sık zaman olmaması, personelin yeterli olmaması ve parasal bir getiri olmamasıdır. Taiwan'da Hsiu-Fen Tan ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların mahremiyetini ihlal etmek istememek, raporlamanın prosedürlerinin zahmetli olması, hastalığın raporlanması gerektiği konusunda emin olmamaları belirtilmiştir(29). Los Angeles Eyaleti, Sağlık Hizmetleri Dairesi tarafından yapılan çalışmada hekimlerin yarısından fazlası, bildirim yapmaya engel olan durumları zaman ve eksik insan gücü olarak belirtmişlerdir(30). Mansuri ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da zaman kısıtlılığı, gizlilik ve bilgi eksikliği hekimlerin bildirim yapmama nedenleri arasında belirtilmiştir(31). Al-Hasimi ve arkadaşlarının Bahreyn'de bildirim yapılmama nedenleri arasında zaman yetersizliği, başka personel tarafından bildirimini yapılacağı düşünülmesi, prosedürün pratik olmaması, zahmetli olması belirtilmiştir(32). Bu çalışmalarda hekimler tarafından tanı konulan hastalıkların bildirilmemesinin nedenleri arasında bildirim prosedürlerinin zahmetli olması, zaman alması, insan gücünün yetersiz olması ve zamanlarının olmaması benzer sebeplerdir. Bildirim prosedürlerinin basit ve kısa olmaması bildirim yapan kişiler tarafından kabul edilmesini engelleyen hususlar arasında yer almaktadır. Janati ve arkadaşlarının yapmış olduğu derlemede de hastalık raporlama sistemlerinde Dünya'da benzer sorunlar olduğu ve sistem tasarımı zamanındalık ve bütünlüğün iki ana prensip olduğu belirtilmiştir(27).

Hekimlerin yarısından fazlası kesin tanı koymak için sürveyans rehberinde tanımlanmış olan standart tanı kriterlerine uygun laboratuvar hizmetine laboratuvarın uzak olması, laboratuvarın yeterli olmaması, hastaların istememesi, sonuçların gecikmesi, her tetkikin yapılmaması, klinik muayene ile tanı konulması, ilgili branşa gönderilmesi gibi nedenlerle ulaşamamaktadır. Hekimlerin dörtte biri bu hastalarla karşılaştığında her zaman örnek aldığını belirtirken beşte biri de hiçbir zaman örnek almadığını belirtmişlerdir, bu durum eğitim alanlarda yaklaşık aynı düzeyde iken eğitim almayanlarda daha düşüktür. Örnek almayan hekimler, örnek alınması gerekli durumları, hastadan nasıl örnek alınacağını, örneklerin gönderileceği laboratuvarı, buraya nasıl örnek gönderileceğini bilmemektedir. Ayrıca laboratuvar hizmetlerinin yeterli olduğuna inanmayan hekimler de bulunmaktadır. C. Gauci ve arkadaşları tarafından, 2005

yılında Malta'da yapılan bir çalışmada; hekimler bildirim sisteminde ana veri kaynağının hastaneler olduğu ve hastanelerde çalışanların çoğunun, bildirim yapılacağı sürveyans birimine ait bir web sayfasının varlığından haberdar olmadığı, klinik muayene sonucu hastayı tedavi ettiklerini ve etiyolojiyi saptamanın kendileri için önemli olmadığını, ayrıca örnek alınmasında sıkıntı yaşadıklarını belirtmişlerdir(33). Laboratuvar kapasitesinin yetersizliği ve testlerin yapılmaması aslında hekimlere bağlı olmayan nedenlerdir. Bunun dışında kalan nedenlerin bulaşıcı hastalık tanılarının kesinleştirilmesi için laboratuvar analizlerinin yapılmasının gerekliliğini bilmemelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Dolayısıyla bu sorunun asıl sebebi büyük ihtimalle hekimlerin eğitimleri ve bilgi düzeyleri ile ilişkilidir.

Hekimlerin bildirim sisteminde, tanısını koydukları hastalıkları poliklinik defterine doğru olarak kayıt etme, bu hastalar için form 014 doldurma, doldurulan form 014'leri kontrol etme, tanı koyma sırasında ihtiyaç duyulan numuneleri alma ve laboratuvara gönderme yüzdeleri düşüktür. Bunun nedeninin ise hekimlerin bu konularla ilgili farkındalığının olmaması ve gerekli özeni göstermemeleri olabileceği düşünülmektedir. Hekimlerin konu ile ilgili eğitim almaları bu farkındalığı artırabilir. Nitekim eğitim aldığını belirten hekimlerde söz konusu süreçleri tamamlama yüzdeleri daha yüksektir.

Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıkların bildirim sistemi içerisinde dört grupta toplandığını ve hangi hastalığın veya hangi etkenin hangi grupta bulunduğunu hekimlerin bilme yüzdesi çok düşüktür. Dolayısıyla bu hekimlerin bu hastalıkların kimler tarafından ve nasıl bildirileceğini de bilmedikleri varsayılabilir.

Hekimlerin yarısından fazlası hastalıkların bildirimlerinin zorunlu olup olmadığını doğru bilmekteyken, özellikle kolera, veba, polio ve kızamık gibi hastalıkların bildirilmesi gerektiğini daha iyi bilmektedirler. Bu hastalıklarda uluslararası bildirim zorunluluğunun olması, bu hastalıkların salgınlar şeklinde seyretmesi ve uzun yıllardan beri ülkemizde görülmemesi nedeni ile hekimler tarafından hatırlanmış olabileceği düşünülmektedir. Ekinokok hastalığı ise daha çok genel cerrahlar tarafından tanı konulan ve tedavi edilen bir hastalık olması nedeni ile diğer branşlar tarafından çok fazla bilinmeyeceği için doğru olarak bilinme yüzdesinin düşük olduğu

düşünülmektedir.

Konowitz ve arkadaşlarının Arizona'da yapmış olduğu çalışmada hekimlerin isimleri belirtilen hastalıkların bildirimlerinin zorunlu olup olmadığını bilme yüzdesi %37 ile %96 arasında değişmektedir(24). Ayrıca Los Angeles eyaletinin akut bulaşıcı hastalıklar kontrol bölümünün yayınladığı özel çalışma raporunda ise aynı yüzde %34.0 ile %88.0 arasında değişmektedir(30). Farah A. Mansuri ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada ise bu yüzdenin %90-34 arasında değiştiği belirtilmiştir(31). Bu araştırmaların hepsi göstermektedir ki hekimler tarafından bildirilmesi gerekli hastalıkların hepsinin bilinmesi mümkün görülmemektedir. Hastalık bildirimlerinin tam ve doğru olarak yapılması için bu hastalıkları bildirmelerinin gerektiği hekime farklı ve güncel yeni yöntemler kullanılarak hatırlatılmalıdır. Sağlık alanında kullanılan otomasyon programlarında hastaya tanı konduğu anda hekime bu hastalığın bildirimi zorunlu bir hastalık tanısı olduğunu ve bildirilmesi gerektiğini hatırlatacak uyarılar eklenebilir.

Çalışmaya katılan hekimlerin yarısından fazlasının bildirim zorunlu hastalıklarla ilgili genel bilgi düzeyi düşüktür. Hekimlerin öğrenim durumu, uzmanlık durumu, çalışılan bölüm, cerrahi ve dahili bölümde çalışma, kurumdaki görevi, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim alma, hizmet içi eğitim alma, sürveyans rehberi kullanma, bildirim yapma ve herhangi bir zamanda eğitim alması bilgi düzeyini etkilemektedir. Mustafa Korkmaz ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada daha uzun meslek deneyimi, unvan, yaş ve cinsiyet bilgi düzeyini etkilememektedir. Ancak yazarlar bu konu ile ilgilenen ve eğitim alan bölümlerde bilgi düzeyinin yüksek bulunmasını eğitimle ilişkili olduğunu destekleyen bir bulgu olduğunu belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda mezuniyetten sonra geçen süre, cinsiyet ve yaş bilgi düzeyini etkilememektedir(23).

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Bulaşıcı hastalıkların bildirimleri hastalıkların tanısını koyan ve bildiriminden sorumlu olan hekimlerin bu konu ile ilgili bilgi düzeyleri, düzenli bildirim yapmak ve bildirimle ilgili eğitim almak ile ilişkilidir. Hekimlerin ve sağlık personelinin farkındalıklarının ve bilgi düzeylerinin artırılması amacı ile konu ile ilgili sürekli ve düzenli eğitimlerin verilmesi önemlidir. Ayrıca düzenli bildirim yapan hekimler, güncel bilgileri ve gelişmeleri de yakından takip edebildiklerinden bu alandaki bilgileri de artmaktadır.

Hekimlerin bilgi ve tutumlarının düzenli yapılacak eğitimlerle geliştirilmesi sürveyans sisteminde özellikle laboratuvarın olmadığı veya yetersiz olduğu bölgelerde oluşabilecek salgınlara zamanında müdahale etmek için büyük önem taşımaktadır. Eğitim her alanda olduğu gibi bu alanda da sistemin düzeltilmesi için gerekli faktörlerden birisidir.

Bildirimler sırasında insan faktörünü en az seviyede tutacak bir yazılım programı yapılması ve mevcut hastalık ile ilgili bilgilerin sistem üzerinden aktarılması bildirim yapılmamasında mazeret olarak belirtilen nedenlerin ortadan kalkmasını sağlayacaktır. Yeterli vakit olmaması nedeni ile bildirim yapılmaması ve verilerin girilmesine dair zorluklar ortadan kalkacaktır.

Sistem ve özelliklerinin anlatıldığı güncel sürveyans rehberinin bulunmasının sağlanması, hastalıkların bildirimleri ile ilgili olarak vaka tanımları, alınması gerekli numunelerin neler olduğu, numune alınması ve gönderilmesi kuralları gibi birçok konuda ihtiyaç duyulduğunda doğru bilgiye erişimi kolaylaştıracaktır.

Çalışmanın yapılmasından sonraki dönemde bulaşıcı hastalıklar bildirimlerinde sağlık alanında kullanılan sistemlerin entegre olduğu bir otomasyon sistemi geliştirilmesi, bulaşıcı hastalık bildirimlerin anlık ve vaka bazlı olarak yapılmaya başlanması, sağlık personelinin farkındalığının artırılmasına yönelik bulaşıcı hastalıklar, sürveyans, bildirim sistemi vb. konularda eğitimlerin düzenli olarak verilmeye devam edilmesi, il/ilçe sağlık müdürlükleri ve sağlık kurumlarında yöneticilerin konu ile ilgili farkındalıklarının artırılmasına yönelik çalışmaların başlatılması bulaşıcı hastalık bildirimlerinin büyük oranda artmasına neden olmuş ve bu artışın sürekliliği sağlanmıştır.

Halk sağlığına yönelik uygulamalara yön vermek amacı ile kullanılan bulaşıcı hastalıklar sürveyans sistemlerinin güçlendirilmesi için sürekli olarak değerlendirilmesi ve değerlendirme sonuçlarına göre eğitim ve sisteme yönelik gerekli önlemlerin alınması ve güçlendirmeler büyük destek sağlayacaktır. Bu nedenle benzer çalışmaların yapılarak gelişmelerin değerlendirilmesinin sistemdeki gelişmeleri ve ihtiyaç duyulacak düzenlemeleri ortaya koyacağı düşünülmektedir.



**Kaynaklar:**

1. Beaglehole R., Bonita R, Kjellström T., Temel Epidemiyoloji [İnternet]. C. 1. İstanbul: Nobel&Güneş Tıp Kitabevi; 1998 [a.yer 14 Aralık 2022]. 193 s. Erişim adresi: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/36838/9241544465\\_tur.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/36838/9241544465_tur.pdf)
2. Seçkin R.Ç., Akalın H., Bulaşıcı Hastalıklarda Sürveyans: Niçin? Nasıl? Ne Durumdayız? Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 01 Eylül 2008;34(3):135-42.
3. Rehber KS. Kızamık Eliminasyon Programı [İnternet]. Sağlık Bakanlığı; 2004. Erişim adresi: <https://muglaim.saglik.gov.tr/Eklenti/17586/0/kizamik-eliminasyon-programi-saha-rehberipdf.pdf>
4. Richards CL, Iademarco MF, Anderson TC. A New Strategy for Public Health Surveillance at CDC: Improving National Surveillance Activities and Outcomes. Public Health Rep. 2014;129(6):472-6.
5. Abreu, A, Claeson, M, Danel, I, Godinho, J, Ostroff, S, Arthur, R, vd. Surveillance [İnternet]. Washington, DC: World Bank; 2006 May [a.yer 31 Ekim 2022]. Erişim adresi: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/9616>
6. World Health Organization. World HO Recommended Surveillance Standards [İnternet]. World Health Organization; 1999 [a.yer 31 Ekim 2022]. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/65517>
7. Garcia- Abreu A., Halperin W., Danel I., Public Health Surveillance Toolkit [İnternet]. World Bank; 2002 [a.yer 31 Ekim 2022]. Erişim adresi: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/20817>
8. Coker R., Atun R., McKee M, editörler. Health Systems and the Challenge of Communicable Diseases [İnternet]. 1. bs. England: Open University Press McGraw-Hill Education; 2008 [a.yer 27 Ekim 2022]. 297 s. Erişim adresi: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/98393/E91946.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98393/E91946.pdf)
9. Choi BCK. The past, present, and future of public health surveillance. Scientifica (Cairo). 2012;2012:834-6.
10. Chorba TL, Berkelman RL, Safford SK, Gibbs NP, Hull HF. Mandatory reporting of infectious diseases by clinicians. MMWR. 22 Haziran 1990;39(RR-9):1-17.
11. Birengel S., Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar. İçinde: Enfeksiyon Hastalıkları [İnternet]. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti; 2013 [a.yer 25 Mayıs 2022]. s. 489-98. Erişim adresi: <https://www.ekmud.org.tr/132-enfeksiyon-hastaliklari-kitabi>
12. Doyle T.J., Glynn M.K., Groseclose S.L., Completeness of notifiable infectious disease reporting in the United States: an analytical literature review. Am J Epidemiol. 01 Mayıs 2002;155(9):866-74.
13. Aniwada E., Obionu C., Disease Surveillance and Notification, Knowledge and Practice among Private and Public Primary Health Care Workers in Enugu State, Nigeria: A Comparative Study. BJMMR. 10 Ocak 2016;13(3):1-10.
14. Nnebue C, Onwasigwe C, Onyeonoro U, Adogu PU. Awareness and knowledge of disease surveillance and notification by health-care workers and availability of facility records in Anambra state, Nigeria. Niger Med J. 2012;53(4):220.
15. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberi. 2004. bs. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2004. 284 s.
16. Karthikeyan P, Jayathilake ADN, Arnold SM. Gaps in the communicable disease notification system; evidence from a major tertiary care hospital, Sri Lanka. International Journal of Scientific and Research Publications (IJSRP). 24 Mart 2022;12(3):75.
17. World Health Organization. Communicable disease surveillance and response systems : guide to monitoring and evaluating [İnternet]. World Health Organization; 2006 [a.yer 06 Kasım 2022]. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69331>
18. Sherman IL, Langmuir AD. Usefulness of Communicable Disease Reports. Public Health Reports (1896-1970). 1952;67(12):1249-57.
19. World Health Organization Recommended Surveillance Stand [İnternet]. [31 Ekim 2022]. Erişim adresi: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/65517/WHO\\_CDS\\_CSR\\_ISR\\_99.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/65517/WHO_CDS_CSR_ISR_99.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
20. Durusoy R, Karababa AO., Sağlık Bakanlığı Eğitim Hastaneleri Bulaşıcı Hastalıkları Daha Yüksek Oranda Bildiriyor. Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi. 2010;67(1):1-12.
21. Iwu AC, Diwe KC, Merenu IA, Duru CB, Uwakwe KA. Assessment of disease reporting among health care workers in a South Eastern State, Nigeria. International Journal Of Community Medicine And Public Health. 24 Aralık 2016;3(10):2766-74.
22. Abdulrahim N., Alasafeh I., Khader Y.S., Iblan I., Knowledge, Awareness, and Compliance of Disease Surveillance and Notification Among Jordanian Physicians in Residency Programs. INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing. 21 Haziran 2019;56:1-6.
23. Korkmaz M., Uysal C, Durmaz U, Ezin Ö, Deveci Ö, İpek D, vd. Bir Üniversite Hastanesi'nde bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık bildirimleri ile ilgili hekimlerin bilgi düzeyleri. Dicle Tıp Dergisi. 08 Ocak 2016;42(4):427-31.
24. Konowitz PM, Petrossian GA, Rose DN. The underreporting of disease and physicians' knowledge of reporting requirements. Public Health Rep. 1984;99(1):31-5.
25. Abdool Karim S.S., Dilraj A., Reasons for under-reporting of notifiable conditions. S Afr Med J. Temmuz 1996;86(7):834-6.
26. Edwards, K.S. Ohio's communicable diseases: why aren't they being reported? Ohio State Med J. 1980;76:707-10.
27. Janati A, Hosseiny M, Gouya MM, Moradi G, Ghaderi E. Communicable Disease Reporting Systems in the World: A Systematic Review Article. IJPH. Kasım 2015;44(11):1453-65.
28. Atinge S, Rimande J, Bulnd IG. Knowledge and practice of disease surveillance and notification among doctors in Taraba State, North-East Nigeria. JMBR. 2019;18(1):46-54.
29. Tan HF, Yeh CY, Chang HW, Chang CK, Tseng HF. Private doctors' practices, knowledge, and attitude to reporting of communicable diseases: a national survey in Taiwan. BMC Infect Dis. Aralık 2009;9(1):1-8.
30. Communicable Disease Reporting Among Physicians: Knowledge, Attitudes, And Reporting Levels [İnternet]. Los Angeles County, Department of Health Services; 1995 [a.yer 10 Kasım 2022] s. 5. (Chapter from Special Studies Report 1995). Erişim adresi: <http://publichealth.lacounty.gov/>
31. Mansuri F. Factors Responsible for Under Reporting of Notifiable Infectious Diseases by General Practitioners: A Veiled Reality. Biomedica. 01 Nisan 2014;30(2):126-9.
32. Al-Hashimi DA, Al-Roomi K, Al-Sayyad AS. Reasons for under-reporting of notifiable communicable diseases in the Kingdom of Bahrain: a health-centers based survey. JBMS. 2022;25(2):75-9.
33. Gauci C, Gilles H, O'Brien S, Mamo J, Calleja N. General practitioners' role in the notification of communicable diseases – study in Malta. Eurosurveillance. 01 Kasım 2007;12(11):5-6.

# SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DERGİSİ

## Makale Yazım Kuralları

Dergiye gönderilecek yazılar Türkçe veya İngilizce olabilir. Dergiye gönderilecek olan çalışmalar daha önce bir yerde yayınlanmamış olmalıdır.

Çalışmanın eğer alınması gerekli ise etik kurul onay formu ve yayın hakkı devir formu yazının kabulü halinde imzalanarak [soydergisi@gmail.com](mailto:soydergisi@gmail.com)-[editor@albantani.com.tr](mailto:editor@albantani.com.tr) Adresine gönderilmelidir. Derginin kurallarına göre yazıldığı belirlenen çalışmalar editörler tarafından incelenir ve iki veya daha fazla hakeme gönderilir. Yazılar reddedilebilir veya yazarlardan düzenleme yapılması istenir. Düzenlemeler belirtilen süreler içerisinde tamamlandıktan sonra yazının kabulü halinde yıl içerisinde çıkacak sayılarda yayımlanır.

### YAZININ HAZIRLANMASI

A4 boyutlarındaki kâğıda üst, alt, sağ ve sol boşluk 2,5 cm bırakılarak çift satır aralıklı, iki yana dayalı, satır sonu tirelemesiz ve 10 punto Times New Roman yazı karakteri kullanılarak yazılmalıdır.

Gönderilen tablo, şekil, resim, grafik ve benzerlerinin derginin sayfa boyutları dışına taşmaması ve daha kolay kullanılmaları amacıyla 10 x 17 cm'lik alanı aşmaması gerekir. Bundan dolayı tablo, şekil, resim, grafik vb. unsurlarda daha küçük punto ve tek aralık kullanılabilir. Tablo, şekil, resim, grafik vb. metin içerisinde yer almalıdır.

Çalışmalar 20 sayfayı aşmamalıdır. Çalışmanın, MS Word ile yazılmış bir kopyasının dergi e-posta adreslerine veya web sitesinden online olarak gönderilmesi editöryal sürecin başlaması için yeterlidir. Çalışma gönderildikten sonra en geç bir hafta içinde alındığını teyit eden bir elektronik posta mesajı gönderilir.

Yapılan araştırmalar için ve etik kurul kararı gerektiren klinik ve deneysel insan ve hayvanlar üzerindeki çalışmalar için ayrı ayrı etik kurul onayı alınmış olmalı, bu onay makalede belirtilmeli ve belgelendirilmelidir.

Türkçe makalelerde Hem metin içinde hem de kaynakçada TDK Yazım Kılavuzu (Yazım Kılavuzu, 2009, Türk Dil Kurumu, Ankara) veya [www.tdk.gov.tr](http://www.tdk.gov.tr) adresindeki online hali) yazım kuralları dikkate alınmalıdır.

Kaynakça (Hem metin içinde hem de kaynakçada Amerikan Psikologlar Birliği (APA) tarafından yayınlanan

Publication Manual of American Psychological Association adlı kitapta belirtilen yazım kuralları uygulanmalıdır).

Dergi isimleri Index Medicus veya Ulakbim/Türk Tıp Dizini'ne uygun olarak kısaltılmalıdır.

**Gönderilen çalışmaların aşağıda koyu yazılan bölümleri içermesi gerekmektedir;**

- **Türkçe Başlık Sayfası** (makale başlığını, yazar/lar/ın tam adlarını ve unvanlarını, çalıştıkları kurumlarını, adres, telefon, faks ve elektronik posta bilgilerini içermelidir)
- **Türkçe Öz** (150-200 kelime arası)
- **Anahtar Kelimeler** (5-8 kelime arası)
- **Ana Metin** (Nicel ve nitel çalışmalar giriş, yöntem, bulgular, tartışma bölümlerini içermelidir)
- **İngilizce Başlık Sayfası** (makale başlığını, yazar/lar/ın tam adlarını ve unvanlarını, çalıştıkları kurumlarını, adres, telefon, faks ve elektronik posta bilgileri ve uluslararası geçerliliği bulunan "ORCID" bilgisine yer verilmelidir.)
- **Abstract** (150-200 kelime arası)
- **Key Words** (5-8 kelime arası)
- **İngilizce Ana Metin** ((Nicel ve nitel çalışmalar giriş, yöntem, bulgular, tartışma bölümlerini içermelidir)

**YAYIM SÜRECİ ÜZERİNE YAZARLARA NOTLAR:**

"Sağlık Okuryazarlığı Dergisi, Sağlıklı yaşam, sağlığın geliştirilmesi, sağlıklı çevre alanında çalışan tarafları ortak bir platformda buluşturmayı amaçlamaktadır. Bu kapsamda;

1. "Sağlık Okuryazarlığı Dergisi" Bireylerin sağlığını ve esenliğini geliştirmek için yapılan bilimsel çalışmaların, araştırma ve analizlerin yer aldığı akademik bir dergi niteliğindedir. Bu uluslararası dergi, sağlığın geliştirilmesi, sağlıklı bir çevre, sağlık okuryazarlığı kapasitesinin artırılması konusundaki politikaların oluşturulması ve uygulanması süreçlerinde yer alan taraflar arasında yönetişimi güçlendirmeye katkı sunacaktır.
2. Sağlık Okuryazarlığı Dergisinin yayın dili Türkçe ve İngilizce'dir.
3. Birden çok yazarlı makalelerde editoryal yazışmanın kiminle yapılacağı belirlenmeli ve açık bir şekilde belirtilmelidir.
4. Yayımlanan yazıların içeriğinde ya da alıntılarında olabilecek çarpıtma, yanlış, telif hakkı ihlali, intihal vb. hususlardan yazar/yazarlar sorumludur.
5. Yayımlanan yazıların içeriğinden yazarları sorumludur. İlgili çalışmada, eğer etik onay alınması gereken durumlar söz konusu ise yazarların etik kurullardan ve kurumlardan onay aldığı var sayılmaktadır.
6. Yayımlanmış yazıların yayım hakları yayımcı Firmaya aittir.
7. Yazar ya da yazarların tamamının ıslak imzasını taşıyan aşağıdaki içeriğe sahip bir mektup yayımcıya gönderilmelidir. "yazının tüm yazarlarca okunduğu, onaylandığı, başka bir dergiye gönderilmemiş olduğu, yazının hazırlanmasının her aşamasında bilimsel etik kodlara uyulduğu, yazı yayımlandığı takdirde tüm yayın haklarının yayıncıya devredildiği" bilgisini içeren form doldurulup imzalandıktan sonra mail veya whatsapp'tan resim formatında gönderilmelidir.



SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DERGİSİ  
Turkish Journal of Health Literacy

E ISSN: 2717-7831