



T.C

SAĞLIK BAKANLIĞI

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU

İSTANBUL İLİ BEYOĞLU KAMU HASTANELER BİRLİĞİ

GENEL SEKRETERLİĞİ

ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

**ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİNE 2014 OCAK-2015 OCAK
TARİHİNDEKİ RAPOR İÇİN BAŞVURAN HASTALARIN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. DİLEK TOPRAK

DR. ABDULLAH OZAN POLAT

UZMANLIK TEZİ

2015

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bana iyi bir "Hekim" ve "Aile Hekimliği Uzmanı" olmayı öğreten; engin bilgi ve deneyimlerini benimle paylaőan; bilimsel geliőimimde her zaman varlığını hissettiğim; emeğini, desteğini ve yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen; hoca olmaktan öte bir anne őefkatiyle asistanlarını kucaklayan değerli hocam, tez danıőmanım ve Aile Hekimliği Klinik őefimiz Doç Dr. Dilek TOPRAK' a ,

Mesleki tecrübelerini her koőulda bizimle paylaőan, değerli bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım; bir abi gibi her konuda bana desteğini esirgemeyen Doç. Dr. Okcan BASAT' a,

Rotasyonlarım süresince ilgi ve bilgilerini bizden esirgemeyen tüm klinik őeflerimize ve uzman meslektaőlarıma,

Asistanlığım boyunca birlikte çalıőmaktan onur duyduğum bütün asistan arkadaşlarım, hemőire, sağlık memuru, sekreter ve tüm hastane personeline,

Her zaman yanımda olan ve hayattaki en değerli varlığım olan aileme, eőime ve bize çok büyük mutluluk veren doğacak oğluma,

Sonsuz saygı ve teőekkürlerimi sunarım .

Dr. Abdullah Ozan POLAT

ÖZET

Aile Hekimliği Kliniğine Rapor Almak İçin Bir Yıl İçerisinde Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi

GİRİŞ-AMAÇ: Bu çalışmada Aile Hekimliği Polikliniği'ne işe giriş, sürücü belgesi, evlilik, alt bezi ve ilaç raporları almak amacıyla başvuran kişilerin yaş, cinsiyet ve meslek gruplarına göre dağılımları, istenen tetkiklerin istenen raporla ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM: Retrospektif, tek merkezli, kesitsel ,tanımlayıcı, analitik olarak tasarlanan araştırmaya Şişli Hamidiye Etfal Aile Hekimliği Kliniği'ne bağlı Aile Hekimliği Polikliniklerine 01.01.2014-01.01.2015 tarihleri arasında işe giriş, sağlık, sürücü belgesi, evlilik, alt bezi ve ilaç raporları almak için başvuran her iki cinsiyette, tüm yaş grubundaki, kayıtlarına ulaşılabilen hastalar çalışmaya dahil edildi..Sosyodemografik özellikler (yaş cinsiyet) ve raporunun verilme amacı, istenen tetkikler ve bunların sonuçları değerlendirilmeye alındı.Alt bezi raporu için başvuruları değerlendirmek üzere Aile hekimliği kliniğine bağlı evde sağlık birimine ait hastaların kayıtlarına ulaşıldı.Tüm veriler toplandıktan sonra SPSS 16.0 programına girildi ve bu program kullanılarak analiz edildi.Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak alındı.

BULGULAR: Çalışmamız 01 Ocak 2014- 01 Ocak 2015 tarihleri arasında 3673 kişi üzerinde yapıldı.Çalışmaya alınanların çoğunluğu (%52.7; n=1936) erkekti. Çalışma grubunun yaş ortalaması $35,45\pm 19,9$ yıl olup 15 ile 105 yıl arasında değişmekteydi. Polikliniğe rapor amaçlı yapılan başvurular değerlendirildiğinde büyük çoğunluğunun (%76; n=2769) işe giriş öncesi verilen sağlık raporların oluşturdu gözlemlendi. Şişli Hamidiye Etfal Evde Sağlık Birimine bağlı hastalara verilen ilaç raporlarının tanısı incelendiğinde, en sık kullanılan tanı %34 (n=114) ile Esansiyel Hipertansiyondu. Alt bağlama bezi raporları ise en fazla (%32; n:180) Üriner inkontinans nedeniyle verilmekteydi. Evlenme öncesi sağlık raporu almak için başvuran 176 kişinin hepsinden HCV, HIV ve VDRL istendi ve hepsi “negatif” olarak bulundu. Evlenme öncesi sağlık raporu için başvuranlarda Talasemi pozitifliği %9'du (n=4). İşe giriş sağlık raporu için istenen tetkikleri değerlendirdiğimizde en çok istenen tetkik %12(n:333) ile Akciğer grafisiydi. Boğaz, burun, gaita kültürü ve gaita mikroskopisi istenen

tetkiklerin%21,56 (n=597) oluşturdu.Ancak kültürler ayri ayri değerlendirildiğinde 2. sirada en çok istenen tetkik HbSAg olduğu gözlemlendi(%11;n=167).

SONUÇ: Aile Hekimliğinde raporları önemli bir yer tutmakta ve halen çözülmemiş pek çok yasal konularla bu konudaki talepler karşılanmaya çalışılmaktadır. Kişinin gireceği işle ilgisiz tetkiklerin istenmesi o kişinin iş güvenliği kadar maliyet ve hekimin iş gücü kaybı yönünden de önemli sorunlara neden olmaktadır. Kurum ve kuruluşlar bilgilendirilerek bu durumun önüne geçilmeli, işyeri hekiminin gerekli takipleri yapması yönünden iş tasnifi yapılarak birinci basamak hekimlerinin raporlar konusundaki sorumluluk ve iş gc kaybı azaltılmalıdır.

Anahtar Szckler: İşe giriş sağlık raporu, Evde sağlık, Evlenme ncesi sağlık raporu

ABSTRACT

In The Recent Year Evaluation of Patients Who Apply To Family Medicine Clinic For To Take Report

INTRODUCTION-AIM: This study based on evaluation of persons who apply to family medicine clinic for to take job application, health, driver's license, marriage, diaper and drug reports. The main goal of our study is to analyze relationship between these reports and their workups according to the person's age, gender and occupation groups distributions.

MATERIALS AND METHOD: This research can be defined as retrospective, single centered, cross-sectional, illustrator and analytical. This study includes that for two genders and all age groups patients who have accessible registrations apply to take reports such that job application, health, driver's license, marriage, diaper and drug reports to The Family Medicine Polyclinic of Sisli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital on the date between 01.01.2014-01.01.2015. Socio-demographic features (age and gender), the aim of given reports, requested workups and all the results of these are observed. For to evaluation of application reports of diaper, the records of the patients who belong to home health unit of Family Medicine Clinic are obtained. After all data were collected, they were analyzed by using SPSS 16.0 software programme. Level of significance were taken as $p < 0.05$.

RESULTS: Our research were conducted on 3673 people between the dates 01 January 2014-01 January 2015. The majority of those people were male (%52.7; $n=1936$). The average of research group was $35,45 \pm 19,9$ years and it ranged from 15 to 105. If the applications that are for to obtain reports are analyzed, a great majority of them (%76; $n=2769$) were consisted of pre-recruitment medical reports. When the diagnosis reports of medications that are given to the patients of Sisli Hamidiye Etfal Medical Home are investigated, the most common diagnosis is hypertension and its value is %34 ($n=114$). The most important reason of diaper reports is urinary incontinence (%32; $n=180$). 176 people who apply to take marriage reports were analyzed with respect to HCV, HIV and VDRL and all these tests were found negative. On the other hand for the same group Thalassemia positive medical report was %9 ($n=4$). The workups of pre-recruitment medical reports illustrate that the most common workup is chest radiography. The workup values of throat, nose, stool cultures and stool microscopy are about %21,56 ($n=597$). If the cultures are evaluated separately, the most common second workup is HbSAg (%11; $n=167$).

CONCLUSION: The reports are very significant issue for Family Medicine and although this issue has unresolved legal problems, the requests on it are try to provided. If the doctors want to take unnecessary workups that relate to patient's pre-recruitment medical reports, this gives rise to the problems that are patient's job security, wasting their moneys. Furthermore this is a wasting time for the doctors. For to overcome this diffuculties, the institution should be informed, occupational phycians should fulfil a duty, primary care phycians should have full responsibilty and labour loss should be decreased.

Key Words: Pre-recruitment medical reports, Health home, marriage reports



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	2
ÖZET	3
ABSTRACT	5
İÇİNDEKİLER	7
ŞEKİL, TABLO VE GRAFİK LİSTESİ	9
SİMGE ve KISALTMALAR	10
1. GİRİŞ VE AMAÇ	11
2. GENEL BİLGİLER	13
2.1. İş Sağlığı	13
2.2: Dünyada İş Sağlığı Ve Güvenliğinin Önemi	15
2.3. İş Sağlığı Ve Güvenliğinin Ülkemizdeki Gelişimi	16
2.4. Evlilik Öncesi Muayene Ve Testler	21
2.5. Raporlu İlaçlar	33
2.6. Alt Bezi Raporu	34
2.7. Sürücü Belgesi Raporu	37
2.8. Portör Muayenesi	46
3. GEREÇ VE YÖNTEM	53
4. BULGULAR	55
5. TARTIŞMA	70

6. SONUÇ VE ÖNERİLER	82
7. KAYNAKLAR	84
8. RAPOR ÖRNEKLERİ	91
9. ÖZGEÇMİŞ	97



ŞEKİL, TABLO VE GRAFİK LİSTESİ

Tablo 1: Çalışma Grubunun Sosyodemografik Bulguları

Tablo 2: Cinsiyet ve Yaş grup göre AntiHbS sonuçlarının dağılımı

Tablo 3: Cinsiyet ve Yaş grup göre HbSAg sonuçlarının dağılımı

Grafik 1: Çalışmaya alınanların rapor türlerinin dağılımı

Grafik 2: Çalışmaya alınanların ilaç raporu tanılarının dağılımı

Grafik 3: Alt bezi raporlarındaki tanıların dağılımı

Grafik 4: İşe giriş sağlık raporunun aylara göre dağılımı

Grafik 5: Polikliniğe başvuru yapan toplam hasta ve işe giriş sağlık raporlarının aylara göre dağılımı

Grafik 6: İşe giriş sağlık raporunun HbSAg göre dağılımı

Grafik 7: Evlenme öncesi verilen sağlık raporunun HbSAg göre dağılımı

Grafik 8: Evlenme öncesi verilen sağlık raporunun AntiHbS göre dağılımı

Grafik 9: İşe giriş Sağlık Raporlarında AntiHbs sonuçlarının dağılımı

Grafik 10: İşe giriş Sağlık Raporlarında yaş grup dağılımı

Grafik 11: Evlenme öncesi sağlık raporu için istene Hgb varyant sonuçlarının dağılımı

Grafik 12: İşe giriş sağlık raporuna göre istenen tetkiklerin dağılımı

Grafik 13: İşe giriş sağlık raporlarında istenen tetkiklerin dağılımı-2

Grafik 14: İşe giriş sağlık raporlarında istenen tam idrar tetkiki sonuçlarının dağılımı

Grafik 15: İşe giriş sağlık raporunda göre istenen kültürlerin dağılımı

SİMGE ve KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
UÇÖ	: Uluslararası Çalışma Örgütü
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
ILO	: Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO)
MÖ	: Millattan Önce
MS	: Millattan Sonra
HBV	: Hepatit B virüsü
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
UHK	: Umumi Hifzissihha Kanunu
TMK	: Türk Medeni Kanunu
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
OHA	: Orak hücre anemisi
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
AİDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
AÇSAP	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
AHBS	: Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
USVS	: Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü
µg	: Mikrogram

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Raporun amacı, kişinin sağlığı ile ilgili olası risklerin önüne geçmektir (1).Sağlık raporu ile beklenen kişinin hastalığı/sağlıklı olma hali ile ilgili olarak durum bildirirya da kişinin belirlenen duruma sağlık açısından elverişliliğinin değerlendirildiği bir belgedir.(1)

Çalışma aktivitesi ilk insanla başlamış olduğundan, onu korumaya yönelik tedbirlerin alınmasını da insanlık tarihi kadar geriye götürebilmek mümkündür(2).

Günümüzde sanayinin hızla gelişmesi toplumlarda iş sağlığı ve iş güvenliğini güncelsorun durumuna getirmiştir. Sanayileşen toplum, üretimin sürekliliğini sağlarken, üretimintemel unsuru olan çalışanların sağlığının korunması ve devamı konusunda gerekli önlemleride almak zorundadır (3).İş güvenliği, işin yapılması ve yürütülmesi sırasındaoluşan tehlikelerden ve sağlığa zarar verebilecek koşullardan çalışanları korumak ve daha iyi bir çalışma ortamı sağlamak için yapılan sistemli çalışmalardır (4).

Toplumsal bir sorumluluk olarak algılanması gereken çalışan sağlığı ve güvenliğikonusu; çalışma koşullarının iyileştirilmesi, çalışanların sağlığına duyarlılık gösterilmesi vegüvenlik önlemlerinin bütünüdür (4). İşealınıştan itibaren,işten ayrılana kadar olan sürede alınacak olan işçinin sağlık koşullarınıtehlikeye atmayacak ve işin yapılış şeklini güvenli kılacak tüm önlemler ve risk değerlendirmeleri işçi sağlığı ve güvenliğini ifade eder (4). İş güvenliği ve işçi sağlığı, işyerinde çalışanların güvensiz davranışlarının ve/veya güvensiz ortamın neden olabileceği is kazalarının önlenmesi ve güvenli bir çalışma ortamının yaratabilmesini amaçlar.

İşçi sağlığının amacı ise, çalışanların yaptıkları islerden dolayı sağlıklarına bir zarar gelmemesidir (5). Sağlık hizmeti sunumu sırasında hasta ve personelin göreceği zararlar; hasta açısından yaralanma, hastanede kalış süresinin uzaması, sakatlık hatta ölümlerle, sağlık çalışanı açısından ise daha çok hastalığa maruz kalma ve yaralanma gibi sonuçlar doğurabilmektedir (1).

Çalışma yaşamının bireyi, bireyin de çalışma yaşamını etkilediği bir gerçektir (1). Üretimin en önemli unsurunun insanolduğu açıktır. Mal veya hizmet üretiminde, işgörenin emeği direkt üretime katılan önemli bir üretim faktörüdür. Bilgisayar veya robotla da üretim

yapılsa, belli bir ölçüde insan emeğine ihtiyaç duyulacaktır. Üretimi planlayan, kontrol eden, yönlendiren ve pazarlayan yine insan fikri ve gücüdür. İnsan gücü zamanında kullanıldığında faydalı olmakta ve üretimden kazanç sağlanmaktadır (1).

Kural olarak iş hukunda işveren, işçi çalıştıran kişi olarak algılanır, gerçekten de iş kanunları bu olgudan hareketle işveren kavramının belirlenmesinde işçi çalıştırmayı hedef almıştır (1). İşveren, çalışanları, işyerlerinde ortaya çıkabilecek olası tehlikelerden (iş kazası ve meslek hastalıklarından) korumak ve güvenli bir çalışma ortamı sağlamakla yükümlüdür. Bu işveren açısından, sadece kanuni bir zorunluluk değil, insani bir görev olarak da algılanmalıdır.

İşverenler açısından bu konu bir gider kalemi oluşturması nedeni ile de önemlidir (2). İşveren, iş sahibi olması nedeni ile gerekli yetkilere sahiptir. İşverenin bu yetkilere sahip olması beraberinde birtakım yükümlülükleri de işverene yüklemektedir. Bu yükümlülüklerden en önemlisi işçiyi koruma ve gözetme borcu içerisinde, işçinin menfaatlerini koruması, ona zarar verebilecek davranışlardan kaçınması, sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı sağlaması, işçiyi sağlığına uygun bir işte çalıştırması, işyerinde iş sağlığı ve güvenliğini sağlaması zorunlukları yer almaktadır (6). İşveren, işçinin kişilik hakları arasında bulunan yaşam, sağlık ve beden bütünlüğünü işyeri tehlikelerine karşı korumak zorundadır (1).

İş kazası işin akışını durdurarak üretim temposunu yavaşlatmakta, üretim ve verimlilik kaybına neden olmaktadır. Çalışma ortamının iyileştirilerek iş güvenliğinin sağlanması, işin akışını durduran insan, makine, malzeme, ürün ve zaman kaybına neden olan koşulların ortadan kalkmasını ya da minimize edilmesini getirecek, yüksek verimlilik ve etkinlik sağlayacaktır (1).

2.GENEL BİLGİLER

2.1. İŞ SAĞLIĞI

İnsan için en temel hak olan yaşama hakkından çıkarılan anlam giderek gelişmektedir. Bugün "sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmak" da yaşama hakkı içinde yer almaktadır(7). Üretim kademelerinin artması ve üretim sistemlerinin karmaşık hale gelmesi, çalışanların sağlığını olumsuz olarak etkileyen fiziksel, kimyasal ve biyolojik etkenleri de çok hızlı bir biçimde artırmıştır (7). Özellikle sayısı 300.000'i aşan ve günden güne artan kimyasal maddelerin üretim kademelerinde kullanılması; çalışanların maruz kaldıkları olumsuz etkenleri giderek artırmaktadır(8).

İş sağlığı; insanın işe, işin de insana uyumunu inceler.Yaşamın bütünlüğü ilkesinden yola çıkarsak,çalışanın iş dışı yaşamı ayrıca ailesinin diğer bireyleride iş sağlığı kapsamında değerlendirilmelidir (9).Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Uluslararası Çalışma Örgütü (UÇÖ) 1950 yılında birlikte yaptığı toplantıda iş sağlığının amacını şöyle belirlemişlerdir(7).

- _ İşçilerin fiziksel, ruhsal ve tam bir sosyal iyilikhalinin korunması,
- _ Çalışma koşullarından dolayı sağlıklarını ve yaşamlarını yitirmelerinin önlenmesi,
- _ Kendi fiziksel ve psikolojik yapılarına uygun işlere yerleştirilmelerinin sağlanması.

İşçi sağlığı ve iş güvenliği mevzuatı uygulamanın kilit elemanı olarak hekimi belirlemiştir. Elbette bu her işi tek başına yapacağı anlamında değerlendirilemez. Çalışanlardaki iş zararları, bir insanın başka bir insanı çalıştırmaya başlamasıyla dikkat çekmeye başlamıştır.(7).

Çalışanlar diğer insanlara göre sağlıkriskleri ile daha fazla karşı karşıya kalmaktadır. Sanayi devrimi sonrasında çalışanların sağlığı ve güvenliği konusunda önemli gelişmeler sağlanmıştır.

Günümüzde uluslararası sözleşmelerle çalışanların sağlığı güvence altına alınmaya çalışılmaktadır (10).Türkiye'de 1930 yılında yürürlüğe giren Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 180'inci maddesi gereğince 50 ve üzerinde işçi çalıştırılan işyerlerinde işyeri sağlık birimlerinin kurulması ve işyeri hekiminin çalıştırılması öngörülmüştür (7). Buna karşın 1980'li yıllara kadar bu madde kağıt üzerinde kalmıştır. UÇÖ normları dikkate alınarak 1980

yılında hazırlanan bir yönetmelikle işyeri hekiminin çalışma şartları,görevleri ve yetkileri belirlenerek, bu alanda önemli bir adım atılmıştır (8).

İş, insanların yaşantısında onlara bir yer kazandıran, onları tatmin eden ve toplumiçinde kaynaşmayı sağlayan önemli bir sosyal etmen olduğu gibi (11) fiziksel, kimyasal,psikolojik, sosyal ve ekonomik pek çok nitelikleri ile de insan sağlığını etkiler (10).Çalışanlar, kullandıkları makineler, çalışma ortamındaki zehirli maddeler, insan yapısınauygun olmayan çalışma organizasyonu gibi nedenlerle çeşitli mesleki tehlikelerlekarşılaşırlar.Çalışma yaşamının başta gelen sağlık sorunları işkazaları ve meslek hastalıklarıdır. Bunlar yaralanma,ağrı, iş göremezlik, iş gücü kaybı, sakatlık ve uzuvkayıpları ve hatta ölüme neden olabilir. İş kazası;beklenmedik bir anda birden oluşan yaralanma, sakatlık ya da ölümler işçiyi etkileyen ve mal kaybı, hasar ya daüretim durması ile ortaya çıkan bir durumdur (11).Çalışma yaşamına özgü, temel etyolojik etkeninişyerinde bulunmasından kaynaklanan hastalıklarameslek hastalıkları denir (11).

İş kazalarını ve meslek hastalıklarının önemi de önlenebilir olmalarından kaynaklanır. Meslek hastalıkları işyerinde gerekli önlemler alınırsa kesin olarak korunulması olanaklı hastalıklardır (9).Türkiye’de 2004 yılında 83.830 işkazası ve 384 meslek hastalığı meydana gelmiş 1.693 sigortalı iş kazası ve meslek hastalığı sonucu sürekli işgöremez durumuna girmiş ve 843 sigortalı ölmüştür (12).Ancak yapılan çalışmalarda işçilerin iş kazaları vemeslek hastalıkları konusunda bilgilerinin yetersiz olduğugörülmüştür (13).İşçiler çalıştıkları işin çeşidine, uzunluğuna ve çalıştıkları birime göre farklı risklere maruz kalmaktadırlar.

Uluslararası Çalışma Örgütü’nün (ILO) istatistiklerinde, her yıl 210.000’i ölümcül olmak üzere 120.000.000 iş kazası olduğu belirtilmektedir. Aynı zamanda her bir saniyede dünya üzerinde 3 iş kazası olduğu ve her 3 dakikada 1 kişinin bu kazalardan dolayı öldüğü bildirilmektedir. Ülkemizde de iş kazaları ve meslek hastalıkları son derece önemli bir sorundur. SGK istatistiklerine göre; ülkemizde her yıl ortalama 70.000-80.000 iş kazası meydana gelmektedir. Bu kazalar sonucu; ortalama 1000 çalışmamız hayatını kaybetmekte, çok sayıda çalışan geçici ya da sürekli iş göremez duruma düşmektedir.

6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanun tasarısında; Ülkemizde iş sağlığı ve güvenliği alanında Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) 2012 yılı verilerine göre; günde yaklaşık

205 iş kazası geçirmekte, iş kazası sonucu 3 işçi hayatını kaybetmekte ve 5 kişi iş göremez hale gelmektedir. Bu rakamların yanı sıra SGK istatistiklerine yansımayan, kapsam ve kayıt dışı iş kazaları ve meslek hastalıkları sonucu kayıplar da ayrıca dikkate alınmalıdır (11).

2.2. DÜNYADA İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİNİN ÖNEMİ

Hastalığın daha evrensel olması ve iş kazalarını "yapılan işin gereği" olarak kabul edip hafife alınması nedenleriyle hastalıklara duyulan ilginin geçmişi daha eskidir.

Meslek hastalıklarına olan ilgi, antik Yunan'dan başlar.Hipokrat (MÖ 460-370) madenlerdeki kurşun zehirlenmesi üzerinde durmuş ve Romalı Pliny (MS 23-77) kurşun ve kükürdün zehirli etkilerini ele alarak, ilk kişisel korunma aracı olan deri maskeleri yapmıştır.MS 2.yüzyılda, Yunanlı doktor Galen kurşun zehirlenmelerinin patolojisini ve bakır ocaklarındaki asit buharlarının zararlarını incelemiştir.Orta çağda bilimle birlikte bu tür çalışmalar da durmuş, Rönesans (MS 1500–1800) meslek hastalıkları ile ilgili çalışmaların devam ettiği bir dönem olmuştur (11).

Konuya ilişkin yasal düzenlemelerin dönüm noktası, Percival Pott'un baca temizleyicilerinin kanser hastalığına yakalanmaları üzerine yapmış olduğu çalışmalar sonucu İngiliz Parlamentosu'nun 1788'de Baca Temizleyicileri Yasası ve 1833 yılında İngiliz Fabrikaları Yasasının çıkarılmasıdır (13).

İş sağlığı ve güvenliğinin ciddi biçimde ele alınması ve yasal düzenlemelere gidilmesi, 19.yüzyıldan sonradır.1802' de çıkartılan Çıraklık Sağlık ve Ahlak Yasası ile çırakların horlanmasına ve emeklerinin kötüye kullanılmasına engel olunmaya çalışılmıştır. 1824' e kadar yasak olan sendikal etkinlikler yasallaşmış ve kölelik kaldırılmıştır (1833).

On dokuzuncu yüzyıldan itibaren sanayi devriminin yarattığı olumsuz çalışma koşullarının düzeltilmesinin sağlanması amacıyla, işçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili yasaların hazırlanması ve yaptırımlar uygulanması konusunda çeşitli etkinliklerde bulunmuşlardır. Sosyal güvenlik ilkeleri on dokuzuncu yüzyılda yaygınlaşmış, çeşitli sigorta kurumları kurulmuş ve iş kazaları ile meslek hastalıkları sigortası uygulanmaya başlanmıştır(8).

Dünyadaki meslek hastalıkları ve iş kazalarının önlenmesine yönelik çalışmalarda sendikaların katkıları yanında, 1919 yılında faaliyetine başlayan Uluslararası Çalışma Örgütü

(ILO) "Milletler Cemiyeti"ne bağılı olarak bu konuda önemli çalışmalar yapmış ve 1946yılında ise Birleşmiş Milletler ile imzaladığı anlaşma sonucu bir uzmanlık kuruluşu durumuna gelmiştir (11).

2.3. İŞ SAğLIğI VE GÜVENLİğİNİN ÜLKEMİZDEKİ GELİŞİMİ

Osmanlı Dönemi

Osmanlı döneminde konuya ilişkin önemli gelişmelerin olduğundan söz edemeyiz.Bu döneme ilişkin önemli yasaların 1865 yılında Ereğli kömür havzalarında çalışan işçilere yönelik olarak ıkarılan "Dilaver Paşa Nizamnamesi" ve yine aynı işkoluna yönelik olarak 1869 yılında ıkarılan Maadin Nizamnamesidir.

Cumhuriyet Sonrası Dönem ve Günümüz

Cumhuriyet dönemine bakıldığında, 1921 yılında 151 sayılı " Ereğli Havza-i Fahmiye Maden Amelesinin Hukukuna müteallik Kanun" kömür işçilerinin çalışma şartları, iş güvenliği ve işçi sağlığı ile ilgili ilk yasadır.

1924 yılında 394 sayılı yasa çalışanlara hafta tatilini getirmiştir.Daha sonra ise 1935 yılında milli bayram ve genel tatil günleri hakkındaki yasa da yürürlüğe girmiştir.

1926 yılında 818 sayılı Borçlar yarası, iş kazası meslek hastalıkları ile ilgili hukuki hükümler getirmiştir.

1930 yılında ıkarılan Belediyeler Yasası ise denetim konusunda hükümler içermektedir.

1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu" ve 1937 yılında çıkarılan 3008 sayılı İş Yasası bu konuda çıkarılan önemli yasalardır.Bu yasalara dayalı çok sayıda tüzük ile detaylar ve uygulamalar belirlenmiştir.

1946 yılında alışma Bakanlığını kurulması İş güvenliği ve İş sağlığı konusunda en önemli aşama olarak görölmektedir.1945 yılında 4792 sayılı" İşçi Sigortaları Kurumu Yasası"da önemli bir aşamadır.

3008 sayılı İş Yasası, 1967 yılında 931 sayılı yasayla yürürlükten kaldırılmış, bunun yerine ise 1971 tarihinde 1475 sayılı İş Yasası gelmiştir. Bu yasa uzun bir süre yürürlükte

kalmış ve bu yasaya dayanarak birçok tüzük ve yönetmelikte çıkarılmıştır.Son olarak 2003 tarihinde 4857 sayılı İş Yasası yürürlüğe girmiştir.

1964 yılında yürürlüğe giren 506 sayılı Sosyal Sigortalar Yasası işçilere çeşitli risklere karşı güvenceler getirmiştir.Bu yasa 2003 yılında çıkarılan 4958 sayılı yasayla değiştirilmiştir. Son olarak da 16.06.2006 tarihli 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası kabul edilmiştir.

20 Haziran 2012 tarihinde kabul edilen 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile artık tek bir personeli dahi olsa tüm işyerlerinin "tehlike" durumuna göre sınıflandırılması ve bu sınıflandırmanın gereği olarak risk değerlendirmesi yapılması yükümlülük halini aldı.

İş sağlığı ve Güvenliği Kanunu

6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu 20 Haziran 2012 tarihinde Resmi Gazetede yayımlandı. SGK'nın bu kanun çıkmadan son 12 yıl önceki verilerine göre iş kazaları bakımından Türkiye Avrupa'da 1. Dünyada da 3.sıradaydı. Bu kötü gidişe dur demek, işverenlerin sorumluluklarını hatırlatmak, risk analizlerini yaptırarak çalışılan işyerlerinin güvenli hale gelmesini sağlamak ve bunları kanuni olarak yaptırımlarla desteklemek amacıyla yola çıkıldı. Öte yandan tüm çalışanların kazalar, sebepleri, uyulması gereken kurallar, hak ve sorumluluklar konusunda da bilinçlendirilmesi için temel eğitimlerde şart koşuldu (14).

Önceki İş Kanunu içerisindeki tanımda, en belirgin ve önce çıkan özelliği, sanayiden sayılan ve devamlı olarak en az 50 işçi çalıştıran ve 6 aydan fazla sürekli işlerin yapıldığı işyerlerini kapsamıydı. 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu bu tanımları müstakil bir kanun haline getirerek kapsamını genişletmiştir. Bu tanım ile birlikte, artık 50 çalışan sınırı ve işin 6 aydan fazla sürekliliği temel tanım olmaktan çıkarılarak "Kamu ve Özel sektöre ait tüm işyerleri ve işlere uygulanacaktır" denilmiştir. Böylece, etki alanı genişleyen kanunun içerisine İş Kanunu, Deniz İş Kanunu, Meslek Eğitim Kanunu, Devlet Memurları Kanunu, Borçlar Kanunu çalışanlarına, bu işyerlerinin ve işverenleri ile işveren vekillerine, çırak ve stajyerlere de dahil olmak üzere tüm çalışanlarına ve faaliyet konularına bakılmaksızın uygulanacaktır. Kanun yalnızca, Afet ve Acil durum birimlerinin müdahale faaliyetlerini, Ev hizmetleri, yanında başkaca kimseyi çalıştırmayan esnaf ile iyileştirme kapsamında çalışan tutuklu ve hükümlüleri kapsam dışında tutmaktadır (14).

Kanunun Amacı ve Genel Değerlendirmesi

Kanunda yer alan bazı konular esasen 4857 Sayılı İş Kanununda 5.Bölüm içerisinde “İş Sağlığı ve Güvenliği” ana başlığında 77.ve 89. maddeleri arasında biçimlendirilerek uygulanmaktaydı. Anılan İş kanununda yer alan maddelerin uygulaması ise yine 07.04.2004 tarih ve 25426 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan sağlanmaktaydı (15).

6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu'nun yürürlüğe girmesi ile mevzuattaki dağınıklığın giderilmesi, kapsamının genişletilmesi ve konulara bütüncül yaklaşım sergileyen bir yapıya kavuşturulması amaçlanmıştır.Bu Kanunun amacı; işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması ve mevcut sağlık ve güvenlik şartlarının iyileştirilmesi için işveren ve çalışanların görev, yetki, sorumluluk, hak ve yükümlülüklerini düzenlemektir (16).

İşçi Sağlığı

Bütün mesleklerde çalışanların sağlıklarını sosyal, ruhsal ve bedensel olarak en üst düzeyde tutmak, çalışma koşullarını ve üretim araçlarını sağlığa uygun hale getirmek, çalışanları zararlı etkilerden koruyarak işin ve çalışanın birbirine uyumunu sağlamak üzere kurulmuş bir tıp dalıdır (12).

Meslek Hastalıkları

Meslek hastalığı, belirli bir meslek ya da sanayi kolunda çalışanlarda, işin niteliğinden ya da çalışma koşullarından dolayı, bedensel ya da ruhsal bütünlüğün bozulmasıyla ortaya çıkan hastalıkların ortak adı.İş kazası ile meslek hastalığı arasındaki temel fark, ilkinde ani bir gelişmeye yol açan bir olay bulunmasına karşılık,ikincisinde sağlığın tedrici bir gelişme sonucunda bozulmasıdır(17).

Meslek hastalıkları çoğunlukla kronik seyirli hastalıklardır ve uzun süreli etkilenme sonucunda meydana gelir.Bu yüzden meslek hastalığı tanımında bazı mesleklerde çalışıyor olmanın yanı sıra,belirli bir işyerinde uzunca bir süreden beri çalışıyor olma özelliği yer almalıdır (18).

a) Biyolojik Tehlikelerden Kaynaklanan Hastalıklar

HBV, -Hepatit B virüsü-, tüm dünyada bütün çalışanlar için en önemli risklerden birisidir.Özellikle Asya ve Afrika'da bazı bölgelere özgü hastalıklardan biri olduğundan, bu bölgedeki çalışanlar için daha da tehlikelidir.HBV ‘yüzey antijen pozitif kanla’ deriden temas

etmek, hastalığı kapmak konusunda aynı şekilde HIV* -Human Immunodeficiency Virus- pozitif kanla temas etmekten tam 100 kat daha tehlikelidir.Doktorlar ve hemşireler için kullanılan iğnelerin batması ya da keskin obje kesikleri oldukça önemli riskleri beraberinde getirmektedir.Genel olarak kana bulaşmış bütün maddeler, risk taşımaktadır. Bunun için kan bulaşmış materyallerle karşılaşma ve dokunma ihtimali olan bütün çalışanlar, risk altındadır (12).

Tüberkülozda aynı şekilde Nozokomiyal Enfeksiyonlardan (Hastanede Bulaşan) biri olarak sağlık çalışanları için önemli tehditlerden birisidir.Özellikle hastanede karşılaşılan türlerin ilaçlara karşı dayanıklı olması riski daha da arttırmaktadır (15).

b) Kimyasal Tehlikelerden Kaynaklanan Hastalıklar

Sağlık çalışanları; dezenfektanlar, sterilizanlar, laboratuvar malzemeleri, ilaçlar ve Anesteziklergibi çeşitli kimyasallarla karşı karşıya kalmaktadırlar.Bu kimyasallar iritan (vücudun allerjik reaksiyon göstermesine neden olan) ve sensitize (vücudun reaksiyon vermesi) edici olabilmektedirler. Ayrıca bazı dezenfektanlar ve antiseptikler toksik(zehirli) olmakta ve deri ya da solunum yolu rahatsızlanmalarına yol açmaktadırlar. Formaldehit ve etilen dioksit gibi, bazıları mutajen (organizmanın genetik yapısını değiştiren), bazıları teratojen (fonksiyon bozukluklarına neden olan) ve bazıları da karsinojen'dir (kanser yapan) (16).

c) Fiziksel Tehlikeler ve Kapalı Ortam Risklerinden Kaynaklanan Hastalıklar

Binalar inşa edilirken bazı önemli hususlar göz önünde bulundurulmalıdır.Bunların en başında havalandırma sistemlerigelmektedir.Laboratuvarlarda ya da diğer odalarda kullanılan kimyasalların yaydığı kokular, gazlar ve dumanlar özel olarak 'yerel cebri çekişli havalandırma sistemleri' ile ortamdan çekilmeli ve genel havalandırma sistemine asla karışmamalıdır.Tersi durumda kimyasallarla ilgili yukarıda sayılan risklerle, genel ortamdan hava soluyan herkes karşı karşıya kalcaktır.Ayrıca enfeksiyon risklerine karşı uygun filtreler ve UV lambaların kullanılması gerekmektedir (18).

Radyasyon, radyoloji(x ışınları, anjiyografi, tomografi çalışanları için önemli riskler oluşturur.Ancak konusunda bilgili teknisyenlerin çalıştığı, ekipmanların yaydığı radyasyonun

kamufle edildiği ortamlarda elbette risk faktörü en aza inmektedir. Ne var ki, yoğun bakım üniteleri, acil servis odaları ve ameliyathanelerde kullanılırken radyasyona sunuk kalmayı önleyemeyebilmektedir. Bu ünitelere temizlik amacıyla girip çıkan çalışanlar da risklere karşı çoğunlukla korunmasız olmaktadır (18).

Sağlık gözetimi

İşveren çalıştırdığı personeli işe almadan önce, iş değişikliğinde, iş kazası, meslek hastalığı veya sağlık nedeniyle tekrarlanan işten uzaklaşmalarından sonra işe dönüşlerinde talep etmeleri halinde, işin devamı süresince, çalışanın ve işin niteliği ile işyerinin tehlike sınıfına göre bakanlıkça belirlenen düzenli aralıklarla muayene ettirmek zorundadır. Ayrıca, tehlikeli ve çok tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde çalışacaklar, yapacakları işe uygun olduklarını belirten sağlık raporu olmadan işe başlatılamaz (19).

6552 sayılı torba yasa ile 10'dan az işçisi olan az tehlikeli işyerlerinde iş sağlığı güvenliği uzmanı ile işyeri hekimi çalıştırma zorunluluğu bazı şartlarla kaldırıldı. Yeni düzenleme sonrasında 10'dan az çalışanı olan az tehlikeli işyerlerinde çalışanlar için aile hekimleri işe giriş sağlık raporu verebilirler (20).

Sağlık ocağının çalışma yaşamı ile ilgili işlevlerinden bir bölümü; İş Yasası, Ağır ve Tehlikeli İşler Tüzüğü, Sosyalleştirme Yasası ve Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge gibi çeşitli yasal düzenlemelerde yer almaktadır. Ağır ve Tehlikeli İşler Tüzüğü'ne göre işe giriş muayenelerinin; işyeri hekimi, işçi sağlığı dispanserleri, bunların bulunmadığı yerlerde sırası ile, en yakın Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) sağlık kurumları ve hekimleri ile sağlık ocağı, hükümet tabibi ya da belediye doktorları tarafından yapılabileceği belirtilmektedir (21).

Ülkemizde işyerlerinin %98'i küçük ölçekli (1-49 arası işçi çalıştıran) işyerleridir ve çalışanların yaklaşık yarısı bu işletmelerde çalışmaktadır (22). Ne yazık ki yasal düzenlemelere göre 50'den az işçi çalıştıran küçük ölçekli işyerlerinde işyeri hekimi bulundurma ya da ortak işyeri sağlık birimi kurulması zorunluluğu yoktur (23). Ayrıca mevzuatta yeri olan ancak gerçekte bulunmayan işçi sağlığı dispanserlerinin yokluğu ve SSK dispanserlerinin ağır iş yükü nedeniyle küçük ölçekli işyerlerinin işe giriş muayeneleri daha çok sağlık ocağı hekimleri tarafından yapılmaktadır. Küçük ölçekli iş yerlerinde çalışanlar

için sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkında mevzuatta da tam bir belirleyici çerçeve yoktur (23).

Bu nedenlerle ülkemizde özellikle küçük ölçekli işyerlerinde çalışanlar açısından ciddi bir hizmet eksikliği söz konusudur. Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) 161 sayılı İş Sağlığı Hizmetleri Sözleşmesi metninde; iş sağlığı örgütlenmesinin tamamlanmadığı ülkelerde iş sağlığı hizmetlerinin yürütülebilmesi için hekimler ya da yerel sağlık hizmeti birimleri ile birlikte çalışılmasının gerekliliği vurgulanmıştır (24).

Ülkemizde sağlık ocaklarında çalışan hekimler sağlık ocaklarına başvuru olduğunda işe giriş muayenesi yapmakta ve işe giriş raporu düzenlemektedirler. Hekimlerin bu yükümlülükleri ile ilgili yasal düzenlemeler "154 sayılı Yönerge"ye göre yürütülmekte iken, 2002 yılında "Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge" düzenlenmiştir. Sağlık ocaklarında çalışan hekimlerin bir kısmı aynı zamanda işyeri hekimi olarak çalışmaktadır (20).

2.4. EVLİLİK ÖNCESİ MUAYENE VE TESTLER

Evlilik iki kişinin aile kurmak üzere kanunların uygun gördüğü şekilde ruhen ve bedenen bir ömür boyu sürecek bir şekilde bir araya gelmesidir. Evlilik hazırlıklarından belki de en önemlisi çiftlerin evlenmeden önce almaları beklenen tarama testlerini kapsayan sağlık raporlarıdır. Bu bağlamda, bireylerin muayene edilerek, danışmanlık verilmesi ve evlilik sağlık raporu düzenlenmesi aile hekimlerinin görev tanımları arasında bulunmaktadır (25).

Başvurular sırasında eşlerin Hepatit B, Hepatit C ve AİDS başta olmak üzere cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında uyarılması ve bilgilendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca akraba evliliklerinin son derece yaygın olduğu ülkemizde çiftlerin gelecekteki çocuklarının sağlığı için risk oluşturabilecek genetik geçişli hastalıklar hakkında uyarılması ve danışmanlık verilmesi önemlidir (25).

Türkiye'de evlenmek isteyen çiftler, evlenme başvurusu yaptıklarında, kendilerine bazı hastalıkların kendilerinde olmadığına veya evlenmek için tıbbi sakınca oluşturmadığına ilişkin sağlık raporu alma külfeti yüklenmektedir (27).

Bu raporu almadıkları takdirde evlenme başvuruları kabul edilmemekte veya evlendirme memuru tarafından evlendirme işlemi yapılmamaktadır. Eş adaylarından yapılması istenen testlerin çoğu herhangi bir yasal dayanaktan yoksundur. Yasal dayanağı olmayan bu testler Sağlık Bakanlığı'nın yazılarına veya Umumi Hıfzıssıhha İl Kurullarının verdiği kararlara dayanarak yapılmaktadır (26).

Evlenmeye dair herhangi bir engel hastalığın olmadığı belirtilen bu sağlık raporunda kişiler kan gurubu, hepatitler, bel soğukluğu taramalarından geçiriliyorlar ve tüberküloza karşı akciğer filmi de hazırlanıyor. Eğer yapılan testler sonucunda bu hastalıklardan biri veya daha fazlasına rastlanırsa hemen tedaviye başlanması gerekiyor (28).

Evlilik öncesi istenen sağlık raporu sadece çocuğunuzun değil eşinizin ve kendinizin de sağlığının korunabilmesi için gerekli. Sürekli olarak toplum içerisinde bulunan genç kadın ve erkeklerin günlük hayatın karmaşası içerisinde bazen hijyen kurallarını atlayabildikleri yahut eksik eğitim aldıkları sık sık rastlananlar arasında. Bu bilgi eksikliklerinden kaynaklanan sağlıksız durumların evlilik öncesinde tespiti çok büyük önem arz ediyor (29).

Talasemiler ve Orak hücre anemisi (OHA) Türkiye'nin Akdeniz bölgesinde oldukça sık görülmektedir. Hemoglobino patilerin mortalite ve morbiditesi yüksek olmakla birlikte, takip ve tedavisi de oldukça pahalıdır. Bir talasemi hastasının ülke ekonomisine yıllık maliyeti 10–12 bin dolar kadar iken bir OHA hastasının ise yıllık maliyeti 5–7 bin dolar kadardır. Hemoglobino patisi tarama testlerinin maliyeti ise yaklaşık sadece 5 dolardır. Önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olan bu hastalıkların evlilik öncesi tarama testleriyle önlenmesi ve prenatal tanısı mümkündür. Bu nedenle hastalığın taşıyıcılığının belirlenmesi ve taşıyıcılığın yüksek olduğu bölgelerde evlilik öncesi hemoglobino patitaramalarının yapılması çok önemlidir (30).

I-DÜZENLEMELERDE ÖNGÖRÜLEN EVLİLİK ÖNCESİ MUAYENE VE TESTLER

A-TÜRK MEDENİ KANUNU (TMK)

TMK’de evliliğe engel olduğu kabul edilen tek hastalık akıl hastalığıdır. Ancak hiçbir akıl hastasının evlenemeyeceği kabul edilemez, yasa bu engelin sınırını belirlemiştir. Yasanın 133.maddesine göre akıl hastaları, evlenmelerinde tıbbi sakınca bulunmadığı resmi sağlık kurulu raporuyla anlaşılacak evlenemez. Dolayısıyla yasaya göre akıl hastaları kural olarak evlenemez; ancak evlenmeleri kendileri için tıbbi sakınca oluşturmuyorsa evlenebilir. Sözü edilen “tıbbi sakınca”dan ne anlaşılması gerektiği yasa da açık değildir. Öğretide evlilik birliğine zarar verecek ve kalıtım yoluyla geçecek nitelikteki akıl hastalıklarının bu hükme göre evlenme engeli oluşturduğu belirtilmektedir (31). Evlenmek isteyen her kişi psikiyatrik bir muayeneye tabi tutulmaz; ancak akıl hastalığı bilinen veya akıl hastası olduğundan kuşulanılan eş adayları hakkında 133. maddeye göre resmi sağlık kurulu raporu istenebilir (32).

B-UMUMİ HIFZISSİHHA KANUNU (UHK)

24.04.1930 tarih 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nun 122.maddesine göre evlenecek erkek ve kadınlar evlenmeden önce tıbbi muayeneye tabidir. Hangi hastalıkların evlenme engeli oluşturduğu 123 ve 124.maddelerde düzenlenmiştir. 123. maddeye göre frengi, belsoğukluğu, yumuşak şankr, cüzam ve bir akıl hastalığına müptela olanların evlenmesi yasaktır. Bu hastalıklar tedavi edilip bulaşma tehlikesi geçtiğine veya şifa bulduğuna dair tabip raporu ibraz olunmadıkça hastalığa tutulanların nikâhları yapılmaz. 124. maddeye göre ilerlemiş sâri vereme tutulanların nikâhı altı ay ertelenir, bu sürede iyileşme belirtisi görülmezse süre altı ay daha yenilenir (31).

C-EVLENME MUAYENESİ YÖNETMELİĞİ

UHK’nin 122.maddesine dayanarak 17.08.1931’de çıkarılan 11682 sayılı Evlenme Muayenesi Yönetmeliği halen yürürlüktedir. Yönetmeliğe göre hükümet tabipleri bu raporları onaylamadan önce var olan kayıtlardan sağlık raporu verilen evlenme adayının UHK’nin 123-124.maddelerinde adı geçen evlenmeye engel hastalıklardan birine tutulup tutulmadığını

araştıracaklardır.Tabip, her şeyden önce evlenme adayının genel görünüşüne bakacak ve UHK'nin 123-124.maddelerinde anılan hastalıklardan birine tutulduğu şüphesini verecek belirtiler görmediği takdirde yasada belirtilen biçimde dıştan muayeneleri yapılacaktır.Yönetmeliğin 6.maddesine göre 4.ve 5.maddelerde yazılı muayenelerde adayın evlenmeye engel hastalıklardan biriyle malul olduğuna dair delil ve emareler görüldüğü veyahut yalnız bu muayenelerle kanaate varılamadığı takdirde daha ayrıntılı muayene yapılır (33) .

D-EVLENDİRME YÖNETMELİĞİ

Evlendirme Yönetmeliği'nin 15/e bendine göre sağlık raporunun/resmi sağlık kurulu raporunun bulunmaması evlenme engelidir. UHK'ye dayanılarak, 17.08.1931 tarihli ve 11682 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan Evlenme Muayenesi Hakkında Nizamname'de öngörülen usul ve esaslar doğrultusunda sağlık raporu alınmaması durumunda evlenme yapılamaz.Akıl hastaları, evlenmelerinde tıbbi sakınca bulunmadığı resmi sağlık kurulu raporuyla anlaşılmadıkça evlenemezler.Yönetmeliğin 20.maddesinin ikinci fıkrasına göre sağlık raporu alınmaması durumunda evlenme yapılamaz.Sağlık raporuyla ilgili usul ve esaslar, sağlık alanındaki değişen ve gelişen şartlar da dikkate alınmak suretiyle Sağlık Bakanlığınca yayımlanacak genelgeyle belirlenir.Bu hükümlerle sağlık raporuna dayanak oluşturan muayene ve testlerin kapsadığı hastalıkların belirlenmesi bakanlıkça yayımlanacak genelgeye bırakılmıştır.Evlenme hakkının sınırlandırılmasının bir genelgeye bırakılması yasama yetkisinin devridir ve kabul edilemez (31).

E-SAĞLIK BAKANLIĞI EVLİLİK ÖNCESİ SAĞLIK RAPORU YAZISI (4)

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 18.03.2002 tarihli 4134 sayılı yazısında şu tümceler yer almaktadır (30): "...evlilik öncesi sağlık kurumuna yapılacak başvurular, günümüzde önemi artan bulaşıcı hastalıklar ve genetik geçişli hastalıklarla ilgili bir danışmanlık hizmeti verilmesi için fırsat olarak değerlendirilmeli, kişiler, olası riskler, sonuçları, korunma yolları konusunda bilinçlendirilmelidirler." Yazıya göre evlenmeye engel hastalık bulunmadığına dair sağlık raporları Sağlık Ocakları ve AÇSAP (Anne Çocuk Sağlığı ve Aile Planlama) Merkezlerince verilmelidir.

Muayene ve danışmanlık hizmetleri verilirken eş adayları birlikte UHK'de belirtilen frengi, belsoğukluğu, yumuşak şankr, cüzam, tüberküloz, akıl hastalığı; bunlara ek olarak

AIDS, hepatit B ve C hastalıkları, ayrıca genetik geçişli hastalıklar ile ilgili olarak sorgulanmalı ve genel bir muayene yapılmalıdır.Bu görüşme sırasında adı geçen bulaşıcı hastalıklar, genetik geçişli hastalıklar ve aile planlaması konularında tıbbi danışmanlık verilmeli, bu hastalıkların şüphesi veya varlığında neler yapacakları adaylara anlatılmalıdır.Dıştan açıkça görülebilen muayene bulgusu yoksa sağlık raporu düzenlenmelidir.Hekimin muayene sırasında adı geçen hastalıklarla ilgili şüphesi olması veya eşlerle yapılacak danışmanlık görüşmesi sırasında eşlerden birinin istemesi halinde gerekli testler yapılmalıdır.

UHK'de evlenmeye engel hastalıklar olarak zikredilen bazı hastalıkların tedavi olduğu halde kişilerde kalıcı fiziksel veya serolojik sekel bırakabildiği göz önüne alınmalı, (örneğin cüzam, frengi) bu kişilerde muayene veya serolojik bulguları olmasına rağmen tedavi durumları göz önünde bulundurularak rapor düzenlenmelidir.Daha önceden mevcut hastalık kayıtlarının sadece sağlık kuruluşları tarafından ve kişisel haklar gözetilerek değerlendirilmesine dikkat edilmeli, şahısların rencide olması önlenmelidir.Akıl hastası olduğu bilinen veya hekimin akıl hastası olduğunu düşündüğü kişilerin ise tam teşekküllü devlet hastanelerinde değerlendirilerek evlenmeye engel hali olup olmadığına ilişkin sağlık kurulu raporu almaları gerekmektedir.Bakanlığın söz konusu yazısı evlilik öncesi muayene ve testleri eşlerin bulaşıcı ve kalıtsal geçişli hastalıklar hakkında bilgilendirilmeleri için bir fırsat olarak değerlendirmektedir.

II-UYGULAMADA İSTENEN MUAYENE VE TESTLER

Uygulamada evlendirmekle yetkili belediyeler,evlenecek adaylardan istediği belgeleri önceden açıklamaktadır.Her adaydan birtakım testlerin yaptırımları ve buna göre düzenlenecek sağlık raporu getirmeleri istenmektedir.Belediyelerin uygulamalarına bakıldığında birlik olduğu da söylenemez, her bir belediye farklı tetkikler istemektedir.Çankaya Belediyesi nikah başvurusu için kan grubu, Hepatit B-C, frengi, AIDS ve talasemi laboratuvar testlerinin yaptırılmasını, alınacak olan test sonuçlarının her ilçe için yetkili AÇSAP Merkezlerinde rapor haline getirilmesini istemektedir.Ayrıca kadının 50 yaş üzerinde olması halinde veya cerrahi menopoz sonrası (ameliyat raporunun ibrazı halinde) Akdeniz anemisi taraması yapılmasına gerek yoktur.Beşiktaş Belediyesi, HIV-Elisa, HBSAG-Sarılık (Hepatit B), VDRL-Sifilis (frengi) ve akciğer röntgeni istemektedir .Sarıyer Belediyesi HIV-

Elisa, HBSAG-Sarılık, VDRL-Sifilis (frengi),TBC-Tüberküloz testleri istemektedir.Üsküdar Belediyesi ise yukarıda sözü edilen yazıda istenen testlerin yapılmasını şart koşmaktadır (30).

A-KAN GRUBUNUN BELİRLENMESİ

Kan grubu testinin amacı ileride anne ile çocuk arasında Rh uyumsuzluğunun var olup olmayacağını belirlemektir.Çocuk ile anne arasında Rh uyumsuzluğu ortaya çıktığında genellikle ilk çocukta sorun çıkmaz; ancak ikinci çocuğun da Rh pozitif olması durumunda annede gelişen Rh antikoru çocuğun alyuvarlarını parçalar.Bunun önüne geçmek için doğumdan önce ve sonra aşı yapılarak çocuğun sağlığı korunur (31).

Dolayısıyla Rh uyumsuzluğu hamilelik durumunda çocuğun sağlığını etkileyen bir olgudur ve dolayısıyla hamilelik öncesi bakılması ve önlem alınması gerekir.Ancak hamilelik dışında eşlerin sağlığını etkilemeyen Rh testinin evlilik öncesinde eşler tarafından yaptırılması zorunlu bir test olarak şart koşulması amaçtan yoksundur.

B-HEPATİT B-C TESTİ

Hepatit B ve C, virüs yoluyla meydana gelen karaciğer iltihaplanmasıdır.Hepatit B, insandan insana vücut sıvıları yoluyla bulaşır.Bunlar kan, semen (meni), vajinal sıvı ve salgılar (adet kanı dahil), doğum sırasında anneden bebeğe geçmiştir (33). Hepatit C, temel olarak kan yoluyla bulaşır.Hepatit C'nin cinsel yolla bulaşma olasılığı son derece düşüktür, tek eşli çiftlerde bu olasılık daha da zayıftır; ancak çok eşli, cinsel yolla bulaşan hastalığı olan ve AIDS'li kişilerde cinsel yolla bulaşma olasılığı yüksektir (33).

Ayrıca hepatit C, %6 olasılıkla anneden bebeğe geçer, ayrıca annede AIDS var ise hepatit C'nin bulaşma olasılığı yükselir (27).Evlilik öncesinde bu testlerin istenmesinin nedeni hastalığın cinsel yolla bulaşmasını engellemektir.Buna karşılık hepatit virüsü taşıyan kişinin cinsel eşi, bu hastalıktan kendini koruyabilir. Hepatit B virüsüne karşı geliştirilen aşı, kişilerde antikor üretimini sağlamaktadır ve virüs taşıyıcısıyla girdiği cinsel ilişkide virüse karşı bağışıklık kazanır. Annede hepatit B virüsü ile iltihap olması,yeni doğan bir çocuk için her zaman risk etkenidir; ancak çocuk doğar doğmaz hepatit aşısı ve hepatit B koruyucu serum yapılırsa hastalığa yakalanmaz (28).Hepatit C virüsüne karşı ise herhangi bir aşı geliştirilmemiştir, bununla birlikte hepatit C'nin cinsel yolla diğer eşe ve çocuğa geçme

olasılığı çok düşüktür. Dolayısıyla hepatit B-C, eş adayları aydınlatıldığında evliliğe ve eşlere zarar verecek hastalıklar değildir.

C-SİFİLİZ TESTİ

Sifiliz, cinsel yolla bulaşan bakteriyel bir hastalıktır; tedavi edilmediği takdirde, bu bakteri zaman içerisinde vücuda yayılarak birçok organda hasara neden olur (30). Frengi en sık rastlanılan cinsel yolla bulaşan hastalıklardan biridir (30). Bakteri, tedavi edilmeyen frengili kadından hamilelik esnasında % 70 olasılıkla bebeğe bulaşabilir; ayrıca bu gebelerin yaklaşık % 25'i, ölü doğum ya da erken dönem bebek ölümü nedeni ile çocuklarını kaybederler (31).

Bu veriler ışığında değerlendirildiğinde frenginin cinsel eşin ve hamilelikte doğacak bebeğin sağlığını olumsuz etkileyerek hastalığı onlara da bulaştırdığı ortadadır. Bununla birlikte frengi tedavi edilebilir bir hastalıktır, evlilik öncesinde dikkat edilmesi gereken husus, eş adaylarının hastalık konusunda aydınlatılarak eş adaylarından birinde hastalık kuşkusu uyandıracak belirtiler varsa muayeneye ikna edilmesidir.

D-HIV/AIDS TESTİ

HIV, Türkçede “İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü” olarak adlandırılan, insan bağışıklık sisteminin zayıflamasına ve tedavi alınmadığı durumda tamamen da etkisiz hale gelmesine neden olan bir virüstür (30). AIDS ise HIV tarafından oluşturulan, Türkçede “Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu” olarak adlandırılan, taşıyıcı bir kimsenin HIV nedeniyle ciddi enfeksiyonlardan birini geliştirmiş ya da kan testleriyle ölçülebilen bağışıklık sistemi hücrelerinin virüs tarafından yüksek düzeyde tahrip edilmiş olduğu hastalıklar bütünüdür; ancak belirtilmelidir ki savunmasız hale gelen her HIV taşıyıcısı aynı zamanda AIDS gelişimi de görülmüş kişi demek değildir (32).

HIV'in üç önemli bulaşma yolu korunmasız cinsel ilişki, kan alışverişi, anneden bebeğe geçen vücut sıvıları ve anne sütüdür (33). Cinsel ilişkide HIV virüsünden korunmanın en güvenilir yolu kondom kullanmaktır, her ilişkide doğru biçimde kondom kullanıldığı takdirde koruyuculuğu %100'e yaklaşmaktadır(30). HIV virüsü taşıyan anne adayları, hamileliklerinde alacakları antiretroviral ilaçlar yoluyla, bebeklerine virüs geçişini %1'lere kadar

indirebilmektedirler, ayrıca doğum sonrasında da emzirme yoluyla bulaşın önlenmesi için annenin bebeğini emzirmek yerine mama yoluyla beslemesi önerilmektedir(29).

HIV virüsü ve AIDS, tıbbi gelişmeler sayesinde hepatit virüsü gibi denetlenebilir kronik bir hastalık haline gelmiştir.Cinsel ve kalıtsal yolla bulaşmada diğer viral hastalıklardan çok farklı değildir.Tüm cinsel yolla geçen hastalıklarda kondom kullanmak en güvenceli yolu oluşturmaktadır.Dolayısıyla evlilik öncesinde bu hastalığı diğer hastalıklardan ayrı tutarak HIV pozitif kişilerin evlenmesini engellemek anlamsız ve yararsız bir sınırlandırmadır (Kırş. 1).Çünkü cinsel yaşam evlilikle sınırlı değildir, evlilikle sınırlanmaz.Ayrıca bireylerin sağlığı evlilik içinde ve dışında her zaman korunmalıdır.Bu nedenle evliliği yasaklamak yerine, eş adaylarını hastalığın riskleri, bulaşma ve tedavi yolları konularında aydınlatmak ve korunma yöntemleri konusunda önerilerde bulunmak gerekir.

E-VEREM (TÜBERKÜLOZ) TESTİ

Tüberküloz, binlerce yıldır var olduğu bilinen bir mikropla oluşan, tedavisiz bırakılırsa ya da kötü tedavi edilirse öldürücü olabilirken erken ve uygun tedavi ile tümüyle son bulan bir hastalıktır.Verem, tüberkülin (PPD) ile cilt testi yapılırsa pozitif çıkan sonuçla anlaşılır, bu dönemde mikroplar bir anlamda hapsedilmişlerdir.Verem, hava yoluyla bulaşan bir hastalıktır, kalıtsal nitelikte değildir; hatta genellikle verem hastası ile uzun süre birlikte yaşayan kişilere hastalık bulaşır (31).Burdaki asıl amaç toplum taraması ve eşin korunmasını sağlamaktır.

F-AKDENİZ ANEMİSİ (TALASEMİ) TESTİ

Akdeniz anemisi (talasemi), genellikle Akdeniz ülkelerindeki ırklarda, orada yaşayanlarda görülen bir çeşit kansızlık hastalığıdır (30).Akdeniz anemisi, bu çalışmada incelenen çoğu hastalıktan farklı olarak cinsel yolla veya kan yoluyla bulaşan bir hastalık değildir; hastalık, doğan çocuğa, anne veya babasının hastalık taşıyan genin, genetik olarak geçmesiyle oluşur, yani hastalık kalıtsal niteliktedir (28).Hastalığın ağır seyreden şekli olan talasemi majörde genellikle, bebekler 6 aylık olunca, aniden ağır bir kansızlık oluşur ve bu nedenle de kalp yetmezliği gelişir.Kalp yetmezliği, ancak sık sık kan naklinin yapılmasıyla önlenemez; kan nakli yapılmazsa, hasta birkaç senede ölür, kan nakli yetersiz yapılırsa çeşitli sağlık sorunları meydana gelir ve çocuk ileri yaşlarda ölebilir (30).

Talasemi minör ise hafif seyreden ve ölüm tehlikesi olmayan bir hastalıktır (30).Anne babadan yalnızca birinde talasemi minör varsa % 50 olasılıkla çocuk talasemi minör yani taşıyıcı olur, bu durumda çocuğun talasemi majör olma olasılığı yoktur, her ikisinde de talasemi minör varsa çocuk % 25 olasılıkla talasemi majör olur (15). Dolayısıyla talasemi testi, eş adayları için değil, anne baba adayları için önem taşıyan bir testtir (25); evlilik, kendiliğinden anne baba olmak demek olmadığına göre evlilik öncesinde yapılması zorunlu bir test olması anlamlı değildir. Öte yandan talasemi majör olan çocuğun sağlığı sık sık kan naklinin yapılması ile korunabilmektedir.

Ayrıca 24.10.2002 tarih 24916 sayılı Kalıtsal Kan Hastalıklarından Hemoglobino-pati Kontrol Programı ile Tanı ve Tedavi Merkezleri Yönetmeliği ve dayanağını oluşturan 28.12.1993 tarih 3960 sayılı Kalıtsal Hastalıklarla Mücadele Kanunu incelendiğinde görülmektedir ki yasa koyucu akdeniz anemisi taramasını evlenmek isteyen eş adayları bakımından zorunlu olarak görmeyip danışmanlık hizmeti verilmesini ve bu testlerin yapılmasına teşviki öngörmektedir.Buna karşın Ankara ve İstanbul Umumi Hıfzıssıhha Kurulları, aldıkları kararlar talasemi taramasını zorunlu kılmıştır (20, 21), kararlarını ise sözünü ettiğimiz yönetmeliğe dayandırmıştır.Oysaki yönetmelik veya yasa testlerin zorunlu olmasını amaçlamamaktadır, bu nedenle kurul kararları dayanaktan yoksundur.

III-MUAYENE VE TESTLERİN AMACI

A-EŞ ADAYLARINI BİLGİLENDİRME

Yukarıda da belirtildiği gibi Kalıtsal Kan Hastalıklarından Hemoglobino-pati Kontrol Programı ile Tanı ve Tedavi Merkezleri Yönetmeliği'nin altıncı maddesi eş adaylarının sağlık merkezlerine sevkini amacının danışmanlık hizmeti verilmesi olduğunu ve adayların test yaptırmaya teşvik edilmesini öngörmektedir.Ayrıca Sağlık Bakanlığı'nın ilgili yazısına göre sağlık kurumlarına yapılacak başvurular bulaşıcı ve kalıtsal yolla geçen hastalıklar konusunda danışmanlık hizmeti verilmesi için bir fırsat olarak değerlendirilmeli ve eş adayları olası riskler, hastalıkların sonuçları, korunma yolları konusunda bilinçlendirilmelidir.UHK'de veya TMK'de eş adaylarını bilinçlendirme amacı öngörülmemiştir.Her iki yasanın da yaklaşımı evliliğe engel olan hastalıkları düzenleme biçimindedir.Oysaki kişilerin ve doğacak çocukların sağlığının korunması, öncelikle eş adaylarının bulaşıcı ve kalıtsal hastalıklar konusunda bilinçlendirilmesi ile olanaklıdır.

B-EVLİLİĞİ ENGELLEME

TMK'ye göre akıl hastalığı evlenmeye engel bir hastalıktır.Söz konusu yasa akıl hastalığı dışında evlenmeye engel bir hastalık öngörmemiştir.Geçerliliği aşağıda tartışılan UHK'ye göre ise bugün uygulamada testi istenen hastalıklardan frengi evliliğe engeldir, verem ise geçici engeldir.Evlendirme Yönetmeliği'ne göre sağlık raporu veya sağlık kurulu raporunun bulunmaması evlenmeye engeldir.Raporda evlenmeye engel olarak nitelendirilen bir hastalığın varlığı belirlenirse evlenmeye izin verilmeyecektir.Çünkü rapor, evlenmeye engel bir hastalığın bulunup bulunmadığına ilişkindir (30).

C-DOĞACAK ÇOCUKLARIN KORUNMASI

Evlilik öncesinde yapılması istenen testlerle aslında doğacak çocukların sağlığı korunmaya çalışılmaktadır.Hastalıkların çoğu, kalıtsal yolla veya vücut sıvıları örneğin anne sütü yoluyla anneden veya babadan çocuğa geçebilen niteliktedir. Ancak yukarıda da incelendiği üzere aşı, ilaç, kan nakli gibi yöntemlerden yararlanılarak çocuğun sağlığı korunabilmektedir. Dolayısıyla önemli olan, doğumun engellenmesi değil, meydana gelen gebelik durumunda anne ve çocuğun sağlığının korunması için gerekli önlemlerin alınmasıdır. Test istenmesi ya da testin pozitif çıkması durumunda evlenmeye izin verilmemesi üremeye engel değildir, evlenmenin bu nedenlerle yasaklanması tam tersine korunmasız cinsel ilişkilerin artmasına yol açacaktır.Ayrıca evlenme yasağından kaçmak isteyen eş adayları testlerin ilk hedefi olan danışma hizmetinden de yararlanamayacaktır.

IV-MUAYENE VE TESTLERİN ZORUNLULUĞU SORUNU

Evlilik öncesinde istenen muayene ve testlerin zorunlu tutulup tutulamayacağı, testlerin yasal dayanağı ve hasta hakları bakımından ayrıca incelenmesi gereken bir konudur.Uygulamada istenen testlerin çoğunun herhangi bir yasal dayanağı yoktur.Sadece frengi ve verem testinin yasal dayanağı bulunmaktadır; bunlardan frengi, UHK'ye göre sürekli evlenme engelidir, verem ise aynı yasaya göre geçici evlenme engelidir.Diğerleri ise Sağlık Bakanlığı yazısına dayanarak yapılmaktadır.

Diğer yandan uygulamada belediyeler genellikle kan tahlili yapılmasını zorunlu tutmaktadır, diğer bir deyişle tahlil yapılmadığı takdirde evlenme başvurusunu kabul

etmemektedir. Bu bakımdan Polatlı Belediyesi farklı bir örnektir; çünkü belediyenin resmi sitesinde kan tahlili yaptırmanın isteğe bağlı olduğu açıkça belirtilmektedir.

Söz konusu zorunluluğun iki boyutu vardır: birincisi evlenebilmek için istemediği halde vücuduna müdahale edilmesine rıza göstermek zorunda kalmak, ikincisi rıza gösterilmediği halde kan tahlili yapılması. Bir kimseye tıbbi müdahalede bulunmanın hukuka uygunluğunun koşulu kişinin rıza göstermesidir, hatta Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 31. maddesine göre aydınlatılmış onamı gerekir. Dolayısıyla kişinin rızası olmadığı halde vücut bütünlüğüne müdahale edilerek damarından kan alınması suçtur ve ayrıca haksız fiildir. Anayasanın 17. maddesinin ikinci fıkrasına göre "Tıbbî zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbî deneylere tâbi tutulamaz."

Ayrıca Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 12. maddesine göre "Teşhis, tedavi veya korunma maksadı olmaksızın, ölüme veya hayati tehlikeye yol açabilecek veya vücut bütünlüğünü ihlal edebilecek veya akli veya bedeni mukavemeti azaltabilecek hiçbir şey yapılamaz ve talep de edilemez" Evlilik sözleşmesinin kurulması, kişinin hastalığının teşhisi, tedavisi veya hastalıktan korunması amacıyla yönelik bir müdahalede bulunmayı gerekli kılmaz. Evlilik sözleşmesi ile cinsel yaşam arkadaşlığının mutlak birbirine bağlı olmadığı yaşamsal bir gerçekliktir. Cinsel yaşam, evliliğe bağlı olmadan başlayıp sürmektedir, öyleyse kişinin evlenmesinin engellenmesi korunmasını sağlamamaktadır.

V-TESTLERİN POZİTİF ÇIKMASI DURUMUNDA EVLENME BAŞVURUSUNUN HUKUKSAL DURUMU

Testlerin eş adaylarının isteyerek veya istemeyerek verdiği rıza sonucu yapılan testlerin bazılarının pozitif çıkması durumunda yani evliliğe engel olduğu iddia edilen hastalıklardan bazılarının var olması durumunda evlenme başvurusu reddedilebilir mi? Hukuk devletinde kişilik haklarının genelgelerle veya iç yazışmalarla değil, yasalarla sınırlandırılması ve sınırlamaların hakkın özüne dokunmaması gerekir. Anayasada tanınan maddi ve manevi varlığını geliştirme hakkının kapsamına evlenme de girer, kişi medeni haklarını kullanarak maddi ve manevi varlığını geliştirebilir. Evlilik öncesi test ve muayenelerin yasallığı ve evlenme hakkına ne ölçüde sınırlandırma getirdiği sorgulandığında daha önce de belirtildiği gibi TMK'nin UHK hükümlerini yürürlükten kaldırması karşısında sadece akıl hastalığı yasal bir evlenme engelidir.

Diğer test ve muayenelerin bu bağlamda hiçbir yasal dayanağı yoktur. Akıl hastalığı, yasal bir engel olarak karşımıza çıksa da akıl hastalarının evlenme hakkı, evlenme tıbbi bir sakınca oluşturduğu ölçüde sınırlanmaktadır. Ancak bu sakınca eşlerin evlilik birliğini yürütmelerinde söz konusu değil de hastalık kalıtsal yolla geçecek nitelikte olduğu için söz konusu ise kanımızca bu durumda evlenmeye izin verilmemesinin ölçülü bir sınırlama olduğu söylenemez.

Dolayısıyla yapılan testler sonucunda hastalığın varlığı belirlense dahi kişilerin evlenme başvurusu sırf bu nedenle reddedilemez. Hakkı kullanılamaz duruma getirmeden eş adaylarının aydınlatılma amacıyla aile planlama merkezlerinde hekime danışmakla yükümlü tutulması, hem amaca uygun düşer, hem de hakkın özüne dokunmayan bir sınırlandırma olur (Aynı yönde 4).

VI-KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI

Anayasanın 20.maddesine göre herkes, özel hayatına ve aile hayatına saygı gösterilmesini isteme hakkına sahiptir. Özel hayatın ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz. Ayrıca Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 21 ve 23. maddelerinde hastanın mahremiyet hakkı güvence altına alınmıştır. 23. maddeye göre sağlık hizmetinin verilmesi nedeniyle edinilen bilgiler, yasayla izin verilen durumlar dışında, hiçbir şekilde açıklanamaz.

Eş adayları hastalıkla ilgili bilgileri aralarında paylaşmakta özgür olacak, hekim tarafından da hastalıkların riskleri ve sonuçları hakkında aydınlatıldığı için evlenme konusunda özgürce karar verebilecektir. Bu arada belirtilmelidir ki hekim, eş adaylarından birinde kalıtsal veya cinsel yolla geçen bir hastalığın varlığını belirlediğinde bunu hastanın rızası dışında diğer eş adayıyla paylaşamaz (Karşı görüş için 3, tıp etiğinde özerklik ilkesi bakımından tartışması için 4). Hekim, hastanın rızası yoksa her iki eşi de muhtemel hastalıkların geçme yolları, korunma yöntemleri, tehlikeleri hakkında bilgilendirebilir; fakat diğer eş adayıyla ayrı bir görüşme yaparak yanıltıcı veya hastanın rızasına aykırı bilgilervermek veya eş adayını korkutmak bir hasta hakları ihlalidir. Bununla birlikte eşlerden birinin diğerini cinsel veya kalıtsal yolla geçen bir hastalığı konusunda aldatması, diğer bir anlatımla hastalığını gizlemesi, evliliğin hile nedeniyle iptaline neden oluşturur (30).

2.5. RAPORLU İLAÇLAR

İlaç Raporları; Sürekli kullandığınız kronik hastalıklarla ilgili ilaçlarınızı uzun süreli ve katkı paysız almanız veya bazı özel ilaçları kullanabilmeniz için ilgili doktorlarca düzenlenen ilaç alma evraklarıdır. Daha önceleri kağıt olarak hastaya verilmekte iken artık elektronik ortamda kayıtları tutulmakta ve her eczane tarafından bu raporlarla ilaç verilebilmektedir. Artık raporlar elektronik rapordur ve ilaçlarınızı almak için eczaneye rapor ibraz etmeniz gerekmez. Tüm tebliğ kurallarına uygun elektronik raporunuz var ise doktora yazdıracağınız elektronik reçete ile hiçbir kağıt taşımadan TC Kimlik numaranız ve doktorunuzun verdiği elektronik reçete şifresi ile istediğiniz eczaneden ilaçlarınızı alabilirsiniz. (reçeteye eklenmesi gereken bazı evraklar bu durumun dışındadır)

İlaç Muafiyet Raporları: Kronik Hastalıklarda kullanılan bazı ilaçlar için verilen raporlardır. Örneğin Tansiyon, Diyabet (şeker hastalığı), Astım gibi kronik hastalıklarda bu tip raporlar kullanılır. İlaç muafiyet raporları ile ilaçlarınızı (belli şartlar ve sürekli değişebilen kurallar dahilinde) 3 er aylık yetecek kadar ve katılım payından muaf olarak alırsınız. Eczanelerde sıkça karşılaştığımız sorunlardan birisi de raporlu ilaçlarınız içinde artık para ödüyor olmanızdır. Raporlu olarak kullandığımız ilaçların eğer ucuz eşdeğerleri var ise sistem ilaçlarınızı o fiyat üzerinden ödeyecek ve siz raporlu olsanız bile aradaki fiyat farkını eczaneye ödersiniz.

İlaç Kullanım Raporları: Bazı raporlar ise ilgili ilaç için yine ilgili doktorlarca düzenlenen ve ilacı alabilmeniz için mutlaka gerekli olan niteliktedir. Bu raporların hitap ettiği ilaçlar çoğu zaman muafiyet kapsamında değildir. Yani ilaç kullanım raporları size o ilaç için katılım payından muafiyet sağlamayabilir.

Hangi ilaç için hangi raporun verileceği doktorun insiyatifinde değildir. Doktor medula sistemine hastalığınızı girer ve sistem raporun muafiyet mi kullanım raporunu olacağını belirtir. Bu durum doktor ve eczacılardan bağımsız olmak üzere tamamen SUT (Sağlık Uygulama Tebliği) hükümlerine görelerdir.

Bazı raporları tek doktor çıkarıp sisteme işleyebilirken bazı ilaçların raporları için birden çok doktorun onayı gereklidir.

Raporlarda doz çok önemlidir. Raporunuzu ilk çıkaran doktor kullanacağınız ilacın dozunu günde 2 kez şeklinde rapora yazdı diyelim. Daha sonra reçete edeceğiniz doktor reçeteye günde 3 kez yazsa bile rapordaki doz geçerli olacaktır.

Raporlar ömür boyu geçerli olan evraklar değildir. Türlerine göre belli zaman aralıkları ile yenilenmelidir. Maximum bazı ilaçlar için 2 yıllık bazı ilaçlar için ise 1 er yıllık olabilirler. Ancak doktorlar 6 aylık raporda uygun görüp verebilirler.

İlaç raporlarınız sadece raporda belirtilen ilaçlar için geçerlidir. Herhangi bir hastalıktan dolayı rapor almanız raporda belirtilen ilaç haricinde başka bir ilaç için geçerli değildir.

Normalde bugün geçerli olan bir rapor 1 ay sonra geçerli olamayabildiği durumlarda vardır. SUT (Sağlık Uygulama Tebliği) sürekli güncellenen ve değiştirilen bir tebliğ olduğundan bazı daha önce geçerli olan bir raporunuz bir sonraki seferde süresi bitmemiş olmasına rağmen geçersiz olabilmektedir (34).

2.6. ALT BEZİ RAPORU

S.G.K. SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ (S.U.T)

Madde 7.3.2. Hasta alt bezi ve çocuk alt bezi

(1) Uzman hekim raporu ile mesane veya rektum kontrolü olmaması (raporda idrar veya gaita inkontinansına neden olan primer tanının belirtilmesi kaydı ile) nedeni ile (çocuklar için en az 2 (iki) yaşını tamamlamış olmak kaydı ile) hasta alt bezi veya çocuk alt bezi kullanması gerekli görülen hastalar için günde 4 (dört) adedi geçmemek üzere en fazla 2 (iki) aylık miktarlarda,rapora istinaden tüm hekimlerce reçetelendirilmesi durumunda bedelleri Kurumca karşılanır (35).

(2) Hasta alt bezi ve çocuk alt bezi bedellerinin karşılanmasında, Kurum TİTUBB kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olma şartı aranmaz. Çocuk alt bezi bedelleri, SUT eki EK-5/A-1 Listesinde “301.220” kod ile yer alan “hasta alt bezi” için belirtilen fiyat üzerinden karşılanır.

(3) Hasta alt bezinin sağlık kurumlarınca temin edilmesi halinde sağlık raporu aranmaz.

(4) İdrar inkontinansı ve gaita inkontinansı olan hastalara hasta alt bezi ve hidrofilik kendinden kayganlaştırıcı sonda fatura edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır.

(5) Sadece idrar inkontinansı olan hasta alt bezi kullanan hastalara hidrofilik kendinden kayganlaştırıcı sonda fatura edilmesi halinde, hidrofilik kendinden kayganlaştırıcı sonda bedeli Kurumca karşılanmaz.

(6) Sağlık Kurulu raporunda; kolostomili hastalarda idrar inkontinansı, ürostomili hastalarda gaita inkontinansı olduğunun belirtilmesi halinde hasta alt bezinin bedeli Kurumca karşılanır.

HASTA ALT BEZİ VE ÇOCUK ALT BEZİ FATURALANDIRILMASI HAKKINDA BİLGİLENDİRME

-S.U.T. un 7.3.2 maddesine göre hasta alt bezleri günde max. 4 adet olmak üzere 2 aylık miktarda (240 adet) ödenmektedir. Hekim tarafından reçeteye 4x1 dozda yazılırsa toplam 240 adete kadar ödenir.

-Hasta alt bezi ödenmesinde Eczanenin UBB kaydının olmasına gerek yoktur. Eczanenin ve ürünün UBB belgesi çıktılarının eklenmesine gerek yoktur.

-Kurum tarafından hasta bezinin tanesine 0.60 TL+ Kdv(%18) ödenmektedir. Hastanın hesabına kurum tarafından yatırılır.

-Çocuk alt bezleri için çocuğun 2 yaşını tamamlamış (24 aydan büyük) olması gerekir.

-Reçete tarihi ile fatura tarihi arası 10 günü geçmemesi gerekir.

Eczanelerimizin kestikleri faturaları ve istenilen belgeleri eksiksiz ve dikkatli şekilde hazırlayıp hastaya teslim etmesi, hastanın ödemesini zamanında alması ve mağdur olmaması açısından önemlidir (35).

2.7. SÜRÜCÜ BELGESİ RAPORU

YÖNETMELİK

İçişleri Bakanlığından:

SÜRÜCÜ ADAYLARI VE SÜRÜCÜLERDE ARANACAK SAĞLIK ŞARTLARI İLE MUAYENELERİNE DAİR YÖNETMELİK

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç

MADDE 1 – (1) Bu Yönetmeliğın amacı, sürücü adayları ve sürücülerde aranacak sağlık şartları ile muayenelerine dair usul ve esasları belirlemektir.

İKİNCİ BÖLÜM

MADDE 4

(1) Sürücü adaylarının genel sağlık muayeneleri pratisyen tabip veya uzman tabip tarafından bu Yönetmelik hükümlerine göre yapılır. Tabiplerce düzenlenen raporlar, resmi kurumlarda kurum mühürü ile, özel hastanelerde başhekimlerce, diğer özel sağlık kuruluşlarında sağlık kuruluşunun mesul müdürünce, muayenehanelerde ise muayenehanenin bulunduğu ilçenin sağlık grup başkanlığı, sağlık grup başkanlığı bulunmayan merkez ilçelerde il sağlık müdürlüklerince, isim ve imza yönünden onaylanması gerekmektedir. Tabiplerce verilen sağlık raporlarının gerçeğe uygun olmasının tespiti halinde bu raporlar geçersiz sayılır ve sorumlular hakkında Cumhuriyet Başsavcılığına suç duyurusunda bulunulur. Bu tabipler bir daha sürücü adayı sağlık raporu veremez ve daha sonra verecekleri raporlar geçersiz sayılır. Bu husus Emniyet Genel Müdürlüğüne bildirilir. Aile hekimliği uygulamasına geçilmiş illerde bu raporlar Toplum Sağlığı Merkezi tarafından da verilebilir.

(2) Tabip tarafından, sürücü adayında;

a) İşitme kaybı,

b) Günlük hayatı kısıtlayan denge problemi, baş dönmesi nedeni olabilecek bir hastalık,

- c) Uyku bozukluğu (Obstrüktif uyku apnesi sendromu, gündüz aşırı uyuklama hali),
- ç) Malign tümör hikayesi,
- d) Eklem hareketlerinde kısıtlama,
- e) Ekstremitte noksanlığı,
- f) Kas, tendon ve bağ lezyonları,
- g) Ağır diabetes mellitus hastalığı,
- ğ) Kalp-damar hastalığı (anjinal yakınma, akut koroner sendrom tanısı, angioplasti, kalp yetmezliği, hipertansiyon, kalıcı pil implantasyonu),
- h) Organ yetmezliği (organ nakli geçirilmiş olması, kronik böbrek yetmezliği ve diğer hayati önemi haiz organlardakompanse yetmezlik),
- ı) Santral sinir sistemi hastalıkları,
- i) Periferik sinir sistemi hastalıkları,
- j) Epilepsi,
- k) Kas hastalıkları (myopati, progresif muskuler distrofi, kas-sinir kavşak hastalıkları),
- l) Ruh hastalığı (ağır akıl hastalığı, zeka geriliği, demans, kişilik bozukluğu, ağır davranış bozukluğu),
- m) Alkol bağımlılığı,
- n) Psikotrop madde bağımlılığı,
- o) Görme derecelerinin uygun,
- ö) Görme alanının uygun,
- p) Renk körlüğü (Herhangi bir koşul aranmadan sürücü olabilirler.),
- r) Gece körlüğü (Varsa gün doğumundan bir saat önce ile gün batımından bir saat sonraki zaman dilimi içerisinde kullanılabilir.),
- s) Derinlik duyusunun normal,
- ş) Pitozis-hemipitozis,
- t) Diplopi ve parolitik şaşılığı,
- u) Blefarospazm, katarakt, afaki, progresif göz hastalığı,
- ü) Monoküler görme yönünde genel olarak değerlendirme yapılır.

(2) Tabip tarafından, bu Yönetmelikte belirtilen kriterlere göre sürücülüğe engel hali olmayanlara muayeneyi yapan tabip tarafından uygun rapor verilir. Bu Yönetmeliğe göre sürücülüğe engel hali tespit edilen veya hakkında karar verilemeyen sürücü adayı

ilgili uzman tabip/tabiplere gönderilerek ilgili uzman muayenesi istenir ve verilecek rapor doğrultusunda işlem yapılır.

- (3) Raporlara karşı itiraz, raporun verildiği ilin Sağlık Müdürlüğüne yapılır. Sağlık Müdürlüğü tarafından, itiraz edilen branşla ilgili olarak en az 3 uzman hekimden oluşan bir kurulda sürücü adayının değerlendirilmesi sağlanır. Bu kurul raporuna göre işlem yapılır. Uzmanlar kuruluna da itiraz olduğu takdirde Sağlık Bakanlığınca belirlenecek bir kurul tarafından sürücü adayının değerlendirilmesi yapılır ve karar verilir. Verilen karar kesin olup itiraz hakkı yoktur.

Göz muayenesine ilişkin esaslar

MADDE 5

d) Gözlerin her ikisi birden kullanılıyor ise;

1) Her iki gözde görme gücü toplamları 10 / 20 den daha az olan ve her iki gözün görme derecesi ayrı ayrı en az 0.5 olmayan (sağ göz 0.5 ve sol göz 0.5) sürücü belgesi alamaz.

(3) Görme Düzeltmesi;

a) Gözlükle düzeltme kabul edilir. Ancak araç kullanırken sürücü gözlüğünü takmak zorundadır.

b) Kontakt lens ile düzeltme kabul edilir. Ancak araç kullanırken kontakt lenslerin takılması zorunludur.

(6) Gece körlüğü olanlar gün doğumundan bir saat önce, gün batımından bir saat sonra araç kullanabilirler.

(7) Renk körlüğü olanlar, herhangi bir koşul aranmadan sürücü olabilir.

(9) Diplopi ve parolitik şaşılığı olanlara görme dereceleri ne olursa olsun sürücü belgesi verilmez. (monokülerler dahil) Diplopi tanısı konulduğu anda sürücünün sürücü belgesine el konulur.

(12) Katarakta, her bir grup için asgari standartlar mevcut olmak koşuluyla, tıbbi görüş doğrultusunda ve tıbbi kanaatte öngörülen aralıkta muayene ve kontrolleri yapılmak üzere bu maddenin ikinci ve üçüncü fıkralarındaki şartları taşımak kaydıyla sürüşe izin verilir.

(14) Progresif hastalıklar:

Görmeyi zamanla azaltabilecek(katarakt, makula dejenerasyonu, retinapatiler gibi)

hastalıklarda görme durumu bu maddenin ikinci fıkrasındaki şartlara uysa dahi, bu sürücülerin muayeneleri yılda 1 kez tekrarlanır.

(15) Şahsın tek gözü var, diğer gözü yok ise veya sadece bir gözünü kullanabiliyor diğer gözde görme yeterli değilse (Bu maddenin ikinci fıkrasının (a) bendi); (Monoküler vizyon var ise)

a) Görme gücü kriteri, gören gözün en az 1.0 görme keskinliği olmalıdır.

b) Görme alanı, şahsın yatay görüş alanı 120 dereceden daha az olamaz.

c) Eğer şahıs herhangi bir nedenle hayatının herhangi bir durumunda tek gözlü (monoküler) olma durumuna gelmiş ise; olayın üzerinden en az 1 yıllık adaptasyon süreci geçmeli ve sonunda şahsın 120 dereceden daha az olmamak koşuluyla görüş alanına sahip olduğu saptanmış olmalıdır.

ç) Monoküler kişiler;

1) A1, A2, B ve F sınıfı sürücü belgesi alabilir.

2) Ticari araç kullanamaz.

3) Kendileri açısından konulan kurallara uyup uymadıklarının denetlenebilmesi için sürücü belgelerine monoküler ibaresi yazılır.

4) Kullanacakları araçların içinde, sağında ve solunda olmak üzere en az 3 ayna bulunması zorunludur.

5) Sürücü belgesi aldıktan sonra her yıl bir göz hekiminden sağlık raporu almaları zorunludur.

6) Kullanacakları araçların azami hız sınırları; yerleşim yeri içinde 50, yerleşim yeri dışında 18/7/1997 tarihli ve 23053 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Karayolları Trafik Yönetmeliğinin 100 üncü maddesinde belirtilen hız sınırlarından 10 km daha az olmalıdır.

7) Gece araç kullanamaz. (Gece: gün batımından bir saat sonrası ile gün doğumundan bir saat öncesidir.)

8) Kullandıkları aracın arka camının sol ve sağ üst köşelerine monoküler olduklarını belirleyen işaret yapıştırılması zorunludur. (Ek: 1)

İç hastalıkları muayenesine ilişkin esaslar

MADDE 6 – (1) İç hastalıklardan diabetes mellitusda;

a) Ağır diabetes mellitus vakalarına

(diabetik kronik komplikasyonları örn; retinopati, nefropati, nöropati gibi gelişmiş olanlara, ve insulin kullanmak zorunda olup kan şekeri regulasyonu sık hipoglisemiler nedeni

sağlanamayan labil kan şekere sahip olanlara ve bu durumu sağlık kurulu raporu ile tespit edilenlere) sürücü belgesi verilmez.

b) Kontrollü diabetlilere, belirli aralıklarla muayene ve tetkik edilmek üzere sürücü belgesi verilebilir.

(2) Kalp-Damar Hastalıkları;

Grup 1: A ve B sınıfı sürücü belgesi verilecek sürücü adayları, Grup 2: A ve B sınıfı dışında kalan sürücü adayları olup bunlardan:

a) Anjinal yakınma olanlara, akut koroner sendrom (Stabil olmayan angina pektoris, ST yükselmeli miyokard infarktüsü ve ST yükselmez miyokard infarktüsü tanısı almış olanlara ve koroner arter bypass cerrahisi uygulanan Grup1 ve Grup 2 deki sürücü adaylarına gerekli medikal tedavi ve/veya invaziv girişimleri tamamlandıktan 6 hafta sonra yapılacak olan egzersiz testinde, testi pozitif kılacak olan kriterler saptanmamış ise sürücü belgesi verilir.

b) Anjiyoplasti işlemi uygulanmış Grup 2 deki adaylara işlemden 6 hafta sonra yapılacak olan egzersiz testinde, testi pozitif kılacak kriterler saptanmamış ise sürücü belgesi verilir.

c) Kalp atım sayısı çok düşük (dakikada 40'ın altı), atrioventriküler bloklu ve hasta sinüs sendromu olanlardan kalıcı kalp pili takılmamış olanlara sürücü belgesi verilmez.

ç) Kalıcı pil implantasyonu ve başarılı kateter ablasyonu yapılan Grup 2 deki adaylara işlemden 6 hafta sonra sürücü belgesi verilir.

d) İmplant edilebilir katdiyoverter defibrilatör implantasyonu yapılmış olan Grup 1 ve Grup 2 deki adaylara sürücü belgesi verilmez.

e) Hipertansiyonu olan ve maksimal tedaviye rağmen istirahat TA: 200/120 mmHg nin üzerinde olan Grup 2 deki adaylara sürücü belgesi verilmez.

f) Hipertrofik kardiyomiyopati ve dilate kardiyomiyopati tanısı konmuş semptomatik olan Grup 1 ve Grup 2 deki adaylara sürücü belgesi verilmez.

g) Kalp yetersizliği ve kapak hastalığı tanısı konan ve ağır semptomatik (NewYork Kalp Cemiyeti Sınıf 3-4) olan Grup 1 ve 2'deki adaylara sürücü belgesi verilmez.

ğ) Konjenital kalp hastalığı tanısı konmuş olanlardan kompleks veya ciddi kardiyak problemi olanlara sürücü belgesi verilmez. Diğer konjenital hastalığı olanlar ve başarılı cerrahi onarım yapılmış olanlara belirli aralıklarla kontrolden geçmek kaydıyla sürücü belgesi verilir.

(3) Organ yetmezliğinde;

a) Hayati önemi haiz organlarında dekompanse yetmezliği olanlara sürücü belgesi verilmez.

b) Büyük organ nakli geçirmiş olanlara veya kronik böbrek yetmezliği olup diyaliz tedavisi görenlere, ilgili uzmanın görüşü alınmak suretiyle sürücü belgesi verilir.

(4) Sürücü adaylarında yapılacak laboratuvar testleri doktorun takdirine bağlıdır.

Kulak-burun-boğaz muayenesine ilişkin esaslar

MADDE 7 – (1) İşitme kaybında;

a) İşitme normal olmalıdır. Normal kulak hava yolu eşiği 25 dB'den iyi işitmek üzere diğer kulaktaki kayıp 50 dB olmalıdır..

c) İşitme cihazı kullananlar A1, A2, C, D, E, G Sınıfı Sürücü Belgesi alamaz. İşitme cihazı kullandıkları halde B Sınıfı Sürücü Belgesi alanların ticari araç kullanmayacakları belgelerine işlenir. B Sınıfı Sürücü Belgesi alıp da ticari araç kullanacaklarda C, D, E, G Sınıfı Sürücü Belgesi alacak olanlarda işitme tam olmalı, ileri derecede ses kısıklığı, solunum bozukluğu ve ileri derecede konuşma bozukluğu olmamalıdır.

d) Rudimental aurikula ve dış kulak yolu atrezisi olmamalı, eğer iki ve tek taraflı rudimental aurikula ve dış kulak yolu atrezisi bulunanlarda iletim tipi işitme kaybı varsa, (b) bendine göre değerlendirilir.

e) Otoskleroz, presbiakuzi, skatrisiel otit, timpanoskleroz, kolesteatomlu veya kolesteatomuz kronik otit, gibi ilerleyici kulak hastalıklarında yukarıdaki şartları taşımak koşuluyla en az 2 yılda bir muayene kaydı istenir.

f) Bedenen ve ruhen sağlam, görme derecesi sürücü belgesi almaya elverişli olan işitme ve konuşma engellilere, ticari olmamak koşuluyla sadece otomobil kullanmak üzere H Sınıfı Sürücü Belgesi verilebilir. Bunların kullandıkları aracın arka camının sol ve sağ üst köşelerine işitme ve konuşma engelli olduklarını belirleyen işaretler (Ek:2) yapıştırılması ve yeterince dikiz aynaları ile araçların donatılması gereklidir. Ayrıca, her iki kulakta 50 dB'den fazla işitme kaybı olan ve/veya işitme cihazından fayda görmeyen olgular bu kapsamda değerlendirilir.

(2) Günlük hayatı kısıtlayan denge problemleri ile ilgili;

a) Labirent fonksiyonunu bozacak kulak-burun-boğaz hastalığı bulunanlara, sürücü belgesi verilmez.

b) Baş dönmesi nedeni olabilecek hastalıklardan herhangi biri teşhis edildiğinde sürücü belgesi alması için gereken medikal ve/veya cerrahi müdahalelerden

sonra sorumlu hekim ya da sağlık kuruluşunun yazılı kanaatine göre en erken 6-12 ay sonra sürücü belgesi alabilir.

c) Mevcut sürücü belgesine yukarıda tanımlanan koşullarda baş dönmesi nedeni olabilecek hastalıklardan herhangi biri teşhis edildiğinde el konması için gerekli bildirim yapılır. Tedavi bitiminde sürücü belgesinin iadesi için gereken srenin tespitinde yukarıda belirtilen sreler dikkate alınır.

(3) Uyku bozuklukları (Obstrüktif Uyku Apnesi Sendromu, gündüz aşırı uyuklama hali) ile ilgili;

a) Her sürücü adayına uygulanacak anketin incelenmesi sonucunda horlama, tanıklı uyku apnesi ve/veya yoğun gün boyu uyuklama hali olup ilgili uzman hekim tarafından Obstrüktif Uyku Apnesi Sendromu olduğu düşünülen adaylardan polisomnografi raporu istenir. Profesyonel ehliyet talep eden 45 yaşından büyük ve vct kitle indeksi 25 ve üzerinde olanlardan ise mutlaka polisomnografi raporu istenir (Bu kişiler çalıştıkları sürece her sene bu testi tekrarlamak ile yükümlüdürler.)

b) Polisomnografi raporuyla apne/hipopne indeksi 15'den yüksek olanların profesyonel ehliyet alabilmeleri için medikal ve/veya cerrahi müdahaleler ile indeksleri 15'in altına inmeli ya da sürekli CPAP veya BPAP kullanmaldırlar. Tedaviye hasta uyumu ile birlikte semptomların kontrol altına alındığının ve/veya apne/hipopne indeksinin 15 veya altına indiğinin ilgili uzman hekim tarafından rapor ile tespit edilmesi halinde ve yıllık kontrol muayeneleri şartıyla ehliyet verilebilir. Aksi taktirde her iki gruptaki adaya da sürücü olur raporu verilmez veya verilmiş olan sürücü belgesi geri alınır.

(4) Malign (Kötü huylu) tümörler ile ilgili;

a) Uzak metastazı olmadığı sürece B ve F sınıfı sürücü belgesi alabilirler.

b) Kalıcı trakeostoması, lokorejyonel ve/veya uzak metastazı olmadığı sürece A1, A2, C, D, E, G sınıfı sürücü belgesi alabilirler.

(5) 45-60 yaş arası 5 yılda bir, 60 yaş sonrası ise 3 yılda bir sağlık kontrolü gereklidir.

Ortopedi muayeneye ilişkin esaslar

MADDE 8 – (1) Eklem hareketlerinden;

a) Vertebra (boyun ve bel) hareketleri: Kişinin baş ve boynunu arkaya döndürmesini ve bakmasını %50'den fazla engelleyen boyun vertebra ve boyun bölgesi hastalıklarında sürücü belgesi verilmez. Lumbal vertebra eğilme ve dönme hareketlerini %75'den fazla

engelleyen durumlarda da sürücü belgesi verilmez.

b) Diğer eklem hareketleri: Her iki omuz, dirsek, kalça ve diz artrodezinde veya fonksiyonel olmayan ankilozlarda sürücü belgesi verilmez. Ancak simetrik büyük ve eklemlerin ve aynı taraf diz, kalça, omuz, dirsek eklemlerinin fonksiyonel ankiloz ve artrodezlerinde, ortopedi ve travmatoloji ve/veya fizik tedavi rehabilitasyon uzmanının raporu ile H Sınıfı Sürücü Belgesi verilebilir.

c) El eklemleri: Her iki elin baş ve işaret parmaklarının hareketlerinin %75'ten fazla kaybında Ortopedi ve travmatoloji ve/veya fizik tedavi rehabilitasyon uzmanı raporu ile F ve H Sınıfı Sürücü Belgesi verilebilir. Bundan daha az hareket sınırlılığı yapan el parmaklarında fonksiyonel durumdaki ankiloz ve artrodezlerde ortopedi uzmanı ve/veya fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanının raporu ile A1, A2, B, F, ve H Sınıfı Sürücü Belgesi verilebilir. Bir eldeki baş ve işaret parmağı dışındaki iki parmaktaki ankilozlarda C, D, E, G sınıfı dışında sürücü belgesi yine ortopedi ve travmatoloji ve/veya fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanlarının raporu ile verilebilir.

(2) Extremité noksanlığında;

a) Bir elin başparmak veya başparmak dışında iki parmak noksanlığı veya noksan sayılacak şekilde fonksiyon kaybı olanlarda, Ortopedi uzmanının ve/veya Fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanının görüşleri doğrultusunda A, B ve H sınıfı, her iki el başparmak noksanlığı ve ileri derecede fonksiyon kaybı olanlara F Sınıfı Sürücü Belgesi verilir.

b) Üst extremitenin dışında extremité noksanlığı (doğuştan veya sonradan) halinde Ortopedi ve/veya Fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanının raporu uyarınca H Sınıfı Sürücü Belgesi verilir. Üst extremitenin tek taraflı noksanlığında da Ortopedi uzmanının kanaatiyle, H Sınıfı Sürücü Belgesi verilebilir.

c) Alt extremité diz altı amputasyonlarında protezle fonksiyon kazananlara B, F, G sınıfı, protezle fonksiyon uyumu iyi olmadığı, ortopedi ve/veya fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı tarafından özel tertibatlı araç kullanabilecek durumda olmadığı bildirilenlere H Sınıfı Sürücü Belgesi verilir. Bunun dışındaki alt extremité noksanlık veya amputasyonlarında, ortopedi uzmanı ve/veya Fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı raporu uyarınca H sınıfı sürücü belgesi verilir.

(3) Kas, tendon ve bağ lezyonları;

a) Kas, tendon ve bağ lezyonları kalça, diz ve ayak bileği eklemlerini veya bu eklemleri oluşturan kemik hareketlerini %50'den az bozduğu ortopedi veya nöroloji uzmanınca belirlenenlere R ve H Sınıfı sürücü belgesi, daha fazla bozukluklarda H sınıfı

sürücü belgesi verilir.

1) Bu fıkranın (a) bendine uymayan durumlar için, ortopedi ve/veya fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanının veya nöroloji uzmanının vereceği rapora göre işlem yapılır.

2) Her özürlü için kullanılacak özel tertibatlı araç, ortopedi ile fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanının bulunduğu heyetçe tanımlanır. Ancak; kalıcı ekstremiteler bozukluklarına bağlı özür lülük hallerinde (Örneğin; amputasyon, hemiplaji/serebral palsi, ileri derecede artrit gibi) ve kronik nörolojik bozuklukların sonucu olan özür lülük hallerinde (Örneğin; multipl skleroz, parkinson, motor nöron hastalıkları, periferik nöropatiler gibi) hangi tür bir aracın kullanılabileceğinin sağlık kurulu raporu ile tespit edilmesi kaydıyla özel donanımlı motorlu araç kullanılmasına izin verilir. Bu gibi durumlarda sürücünün ne tür bir cihaz ile veya hangi becerilere sahip olursa ne tür modifikasyonlar yapılmış araç kullanılabileceğinin konunun uzmanınca saptanması kaydı ile özel sürücü belgesi almaya hak kazanır. Sağlık kurulu raporunda özür lülüğün ilerleyici veya statik olup olmasına göre hastaya periyodik kontrollerin gerekli olup olmadığı belirtilir.

Ruh ve sinir hastalıkları muayenesine ilişkin esaslar

MADDE 9 – (1) Ruh hastalıklarından;

a) İster doğumsal isterse hastalığa, travma veya beyin sinir ameliyatına bağlı oluşmuş ağır akıl hastalığı olanlar, zeka geriliği olanlar, demans (bunama) ve/veya yaşlılığa bağlı davranış bozukluğu olanlar, muhakeme, davranış ve uyumu belirgin ölçüde bozacak düzeyde kişilik bozukluğu, dürtü kontrol bozukluğu ve ağır davranış bozukluğu olanlar uzman hekim tarafından dikkate alınır.

b) Alkol bağımlılığı olanlar veya alkollü araç kullanmaktan vazgeçmeyenlere sürücü belgesi verilmez.

c) Geçmişte alkol bağımlılığı olanlar belirgin bir dönem alkol almadıklarını kanıtladıklarında bağımlılık konusunda uzman hekimin fikri ve düzenli tıbbi kontrollerle B sınıfı sürücü belgesi alabilir.

ç) Psikotrop maddelere bağımlı olanlar veya bağımlı olmasa da düzenli olarak kullananlar sürücü belgesi alamaz.

(2) Sinir Hastalıklarından;

a) Santral sinir sistemi ile ilgili doğuştan veya sonradan geçirilmiş veya cerrahi girişime bağlı hastalıklarla ortaya çıkan uzuvların parezi ve paralizileri (duyusal, motor,

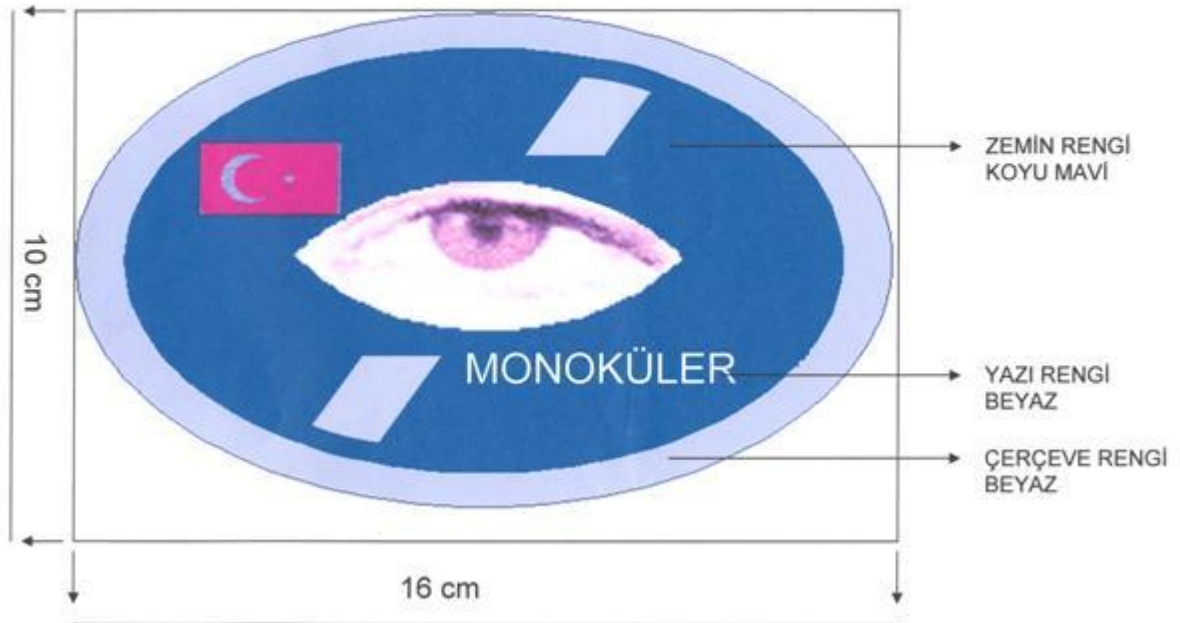
koordinasyon ve denge açısından), araç kullanmasını ve trafik güvenliğini engelleyecek şekilde ileri derecede bozuk olanlara, sürücü belgesi verilmez. Hafif derecede bozukluğu mevcut olanlara, nöroloji uzmanının kanaatine göre sürücü belgesi verilebilir.

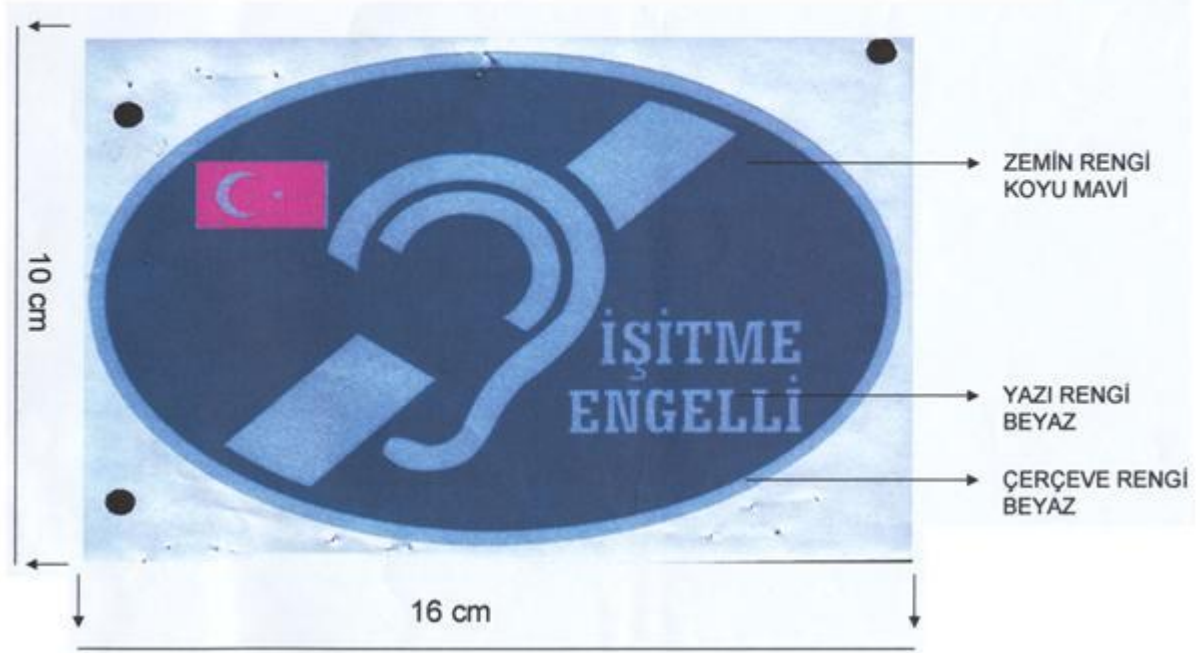
b) Periferik sinir sisteminin etkilenmesi sonucu ortaya çıkan uzuvlarda parezi ve paraliziler araç kullanmayı ve trafik güvenliğini engelleyecek şekilde ileri derecede ise sürücü belgesi verilmez. Hafif derecede güçsüzlüğü varsa, nöroloji uzmanının kanaatine göre sürücü belgesi verilebilir. İki ayağı felçli (parapleji), diğer vücut fonksiyonları normal olan şahıslara H sınıfı sürücü belgesi verilebilir.

c) Epilepsi tespitinde sürücü belgesi verilmez. Şüpheli durumlarda klinik gözlem ve EEG tetkiki dikkate alınır.

(3) Kas Hastalıklarından myopati ve progresif muskuler distrofisi, myotonisi ve kas-sinir kavşak hastalıkları olan şahıslara sürücü belgesi verilmez. Nöroloji uzmanının kanaatine göre hafif vakalara yılda 1 kez muayene olmak kaydıyla A1, A2, B, F ve H sınıfı sürücü belgesi verilebilir (36).

Ek – 1





2.8. PORTÖR MUAYENESİ

Hastalığın klinik belirtilerine sahip olmadığı halde infeksiyon etkenini taşıyan ve vücut çıkartıları ile ya da diğer yollardan başkalarına bulaştırabilen kişilere, başka bir ifadeyle “sessiz infeksiyonlular” a portör (mikrop taşıyıcısı) denir (37). Portörler birçok infeksiyonun bulaşmasında ve yayılmasında önemli rol oynarlar. Portörlük çeşitli gruplara ayrılabilir:

- 1) Erken portörlük (kuluçka dönemi taşıyıcıları; hastalık öncesi taşıyıcılar, çocukluk dönemi hastalıkları: Difteri, boğmaca, kızamıkçık, kabakulak, çocuk felci, suçiçeği ile HIV infeksiyonu),
- 2) Hastalık sonrası taşıyıcılar (nekahat portörlüğü, sıtma, Salmonella typhi ve nontyphi infeksiyonu, kolera, çocuk felci, hepatit A, hepatit B),
- 3) İmmün portörlük (grip: aşıllı kişiler veya daha önce aynı tipte infekte olmuş kişiler influenza virüsünü hastalanmadan solunum yolundan damlacıklarla yayarlar),

4) Hastalanmayan taşıyıcılar (temas portörlüğü; pasif portörlük, epidemik menenjit salgını sırasında belli bir anda toplumdaki kişi-lerin % 20-60'ının nazofarinksinde Neisseria meningitidis bulunabilir; poliomyelitte her felçli hastanın çevresinde 100 kadar sessiz enfeksiyonlu vardır) (38).

Hastalık sonrası taşıyıcılık (nekahat portörlüğü) geçici, kronik veya kesintili olabilir. Etkenin hastalıktan sonra bir süre vücut çıkartılarında bulunmasına geçici portörlük denir. Eğer bu süre daha uzun olursa süregen (kronik) portörlükten söz edilir. Örneğin, tifo geçirenlerin dışkıında bir yılı aşmayan bir süre S.typhi bulunabilir. Tifo geçirenlerin % 3 kadarında ise bakteri dışkıda bir yıldan sonra da bulunmaya devam eder. (Bu kişiler kronik tifo portörüdürler.S.typhi bu kişilerin çok defa safra kesesine yerleşmiştir ve burada üremeye devam eder.) Vibrio cholerae biotip eltor enfeksiyonu sonrasında da kronik taşıyıcılık oluşabilmektedir.Şigelloz, kolera ve diğer dışkıyla bulaşan hastalıklar için geçici taşıyıcılık söz konusudur. Etkenin vücut çıkartılarında zaman zaman bulunmasına ise kesintili portörlük denir.Tifoda muhtemelen safranin zaman zaman bağırsağa boşalmasından ileri gelen bu tür portörlük de görülür.Yukarıda görüldüğü gibi portörlük geniş bir kavramdır ve enfeksiyon hastalıkların bulaşmasında önemlidir (39).

Ülkemizde portör taraması UHK'ndan itibaren 70 yıldan fazla bir süredir uygulanmaktadır.Fakat artık portör muyanesi umumi hıfzıssıhha kanunda değişiklik yapılarak kaldırılmıştır ve yerine hijyen konusunda meslek ve faaliyetin gerektirdiği eğitimi alması zorunlu kılınmıştır.Taşıyıcılıkla ilgili yapılan çalışmalarda ciddi standardizasyon sorunlarının olduğu görülmektedir.Salmonella ve dışkıyla bulaşan diğer etkenleri araştırmak için uzun yıllar değişik merkezlerde Grubel-Widal testi uygulanmış, tüberküloz açısından ise mikrofilmler çekilmiştir.Grubel-Widal aglütinasyon testi ile taşıyıcılık durumunu saptamak mümkün değildir (40).

Portör muyanesinde genel olarak istenen tetkikler hepatisit markerları, akciğer grafisi ve burun, boğaz,gaita kültüründen oluşmaktadır.Bu testler Sağlık Bakanlığınca yetkilendirilmiş merkezlerce yapılmaktadır.Testin cinsine göre belirli aralıklarla yapılması gerekmektedir.Bu testleri sırayla inceleyelim.

Gaita mikroskopisi ve gaitada parazit ve parazit yumurtası incelenmesi: Dışkıda barsak parazitlerinin mikroskopik incelemeyle araştırılmasıdır.Entamoeba histolytica, Giardia lamblia kistleri ve helmint yumurtaları yönünden incelenir.

Gaitada kültürü ve antibiyogramı: Özellikle Salmonella ve Shigella cinsi bakterilerin, dışkıda araştırılması amacıyla yapılmaktadır.

Boğaz ve burun kültürü: Boğazda özellikle Beta Hemolitik Streptokok araştırılması yönünden yapılan bir tahlildir. Burunda ise Staphylococcus aureus araştırılması için yapılmaktadır.

Akciğer grafisi: Akciğer hastalıklarını özellikle tüberkülozu tespit etmek için yapılan tarama yöntemidir (41).

UMUMİ HIFZISSİHHA KANUNU

Madde 126 - Yenilecek ve içilecek şeyler satan veya veren ve yahut taharet ve nezafete mütaallik sanatlar ifa edenler her üç ayda bir kendilerini muayene ettirerek bir sıhhi rapor almağa mecburdurlar. Bunlardan devrei sirayette frengi ve sari verem ve cüzzama müptela olanlarla halkın istikrah ve nefretini mucip bir cilt hastalığına duçar olanlar sanatlarını icradan menolunurlar.

Madde 126 - Yenilecek ve içilecek şeyler satan ya da veren ya da temizlik ve güzellikle ilgili sanatlar yapanlar her üç ayda bir kendilerini muayene ettirerek bir sağlık raporu almağa mecburdurlar. Bunlardan bulaşıcı döneminde frengi ve bulaşıcı verem ve cüzzama tutulmuş olanlarla halkın tiksinsmesini ve nefretini gerektiren bir cilt hastalığına yakalananların sanatlarını yürütmeleri yasaklanır.

Madde 127 - 126 ncı maddede zikrolunan sıhhi muayene meccanen belediye tabipleri tarafından yapılır. Belediye tabipleri bulunmayan yerlerde bu vazife hükümet tabipleri tarafından icra olunur. Mahalli belediyelerince hangi meslek ve sanat erbabının muayeneye tabi olduğu 266 ncı maddede zikredilen nizamnameye dercolunur.

Madde 127 - 126 ncı maddede sözü edilen muayene ücretsiz olarak belediye tabipleri tarafından yapılır. Belediye tabipleri bulunmayan yerlerde bu görev hükümet tabipleri tarafından yürütülür. Yerel belediyelerince hangi meslek ve sanat sahiplerinin muayene zorunda olduğu 266 ncı maddede sözü edilen tüzükte belirtilir.

Madde 126 – (Değişik:11/10/2011-KHK-663/58 md.):Gıda üretim ve satış yerleri ve toplu tüketim yerleri ile insan bedenine temasın söz konusu olduğu temizlik hizmetlerine yönelik

sanatların ifa edildiği iş yeri sahipleri ve bu iş yerlerinin işletenleri, çalışanlarına, hijyen konusunda bu iş yerlerindeki meslek ve faaliyetin gerektirdiği eğitimi vermeye veya çalışanların bu eğitimi almalarını sağlamaya, belirtilen eğitimleri almış kişileri çalıştırmaya, çalışan kişiler ise bu eğitimleri almaya mecburdurlar.

Madde 127 – (Değişik:11/10/2011-KHK-663/58 md.):126 ncı maddede belirtilen iş yerlerindeki hijyen eğitimine yönelik hususlara, bu iş yerlerinde çalışmaya engel bulaşıcı hastalıkların ve cilt hastalıklarının neler olduğuna, iyileşme hâlinin belirlenmesine, hangi meslek ve sanat erbabının 126 ncı madde kapsamında olduğuna ilişkin usûl ve esaslar, Sağlık, İçişleri ve Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlıklarınca müştereken çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir (42).

Sonuç olarak gıda iş kolunda çalışanların portör muayene şartı 02.11.2011 tarihli Kanun değişikliği ile kaldırılmış olup ,portör muayenesi yerine detaylı ‘HİJYEN VE SANİTASYON’ eğitimi verilmesi şartı getirilmiştir.

GENELGE

2014/29

İlgi: 30.05.2011 tarih ve 23874 (2011/39) sayılı Genelge.

Bakanlığımıza yapılan başvurulardan;sağlık kurum ve kuruluşlarımızda verilen sağlık raporlarının (sağlık kurul raporu ve tek tabip raporu) düzenlenmesinde tereddütler hâsıl olduğu anlaşılmıştır.Bu nedenle uygulamada birliğin sağlanabilmesi için e-rapor uygulamaları da göz önünde bulundurularak sağlık kurulu raporu, istirahat raporu ve birinci basamak sağlık hizmet sunucularınca düzenlenecek tek hekim raporlarına yönelik usul ve esasların belirlenmesine ihtiyaç duyulmuştur.

Raporların Düzenlenmesi, Tasdiki ve Rapor Formatına İlişkin Açıklamalar:

1. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı hastaneler, üniversite hastaneleri, diğer kamu kurumlarına ait sağlık kurum ve kuruluşları ile Bakanlığımızca ruhsatlandırılmış özel hastaneler, özel tıp merkezleri ve birinci basamak sağlık hizmet sunucuları;

a)İlaç Kullanım Raporunu (Ek-1)’de yer alan rapor formatına,

b) Tıbbi Malzeme Raporunu (Ek-2)’de yer alan rapor formatına,

c) Durum Bildirir Sağlık Kurulu Raporlarını, (Ek-3)'de yer alan rapor formatına,

ç) İstirahat Raporlarını, (Ek-4)'de yer alan rapor formatına,

Uygun olarak düzenleyecektir.

2. Başvuru sahibi tarafından beyan edilmeyen ya da hekim fiziki muayenesi sırasında belirti ve bulgusuna rastlanamayan çeşitli hastalık ve rahatsızlıkların saptanması için ileri laboratuvar, görüntüleme tetkiklerinin yapılması gerekli değildir. Muayene tarihinde başvuru sahiplerinin haricen sağlam bulunmaları, tam sağlıklı olduklarını göstermez ve raporun düzenlenmesi sonrasında saptanabilecek hastalık ve rahatsızlıkların raporun düzenlendiği tarihte ortaya çıktığının kanıtı sayılamaz. Ayrıca, kişilerin beyan ettiği ya da fizik muayene ile saptanan hastalık veya rahatsızlıkların ileri tetkik ve tedavi gerektirmesi durumunda kişiler ilgili sağlık kurum/kuruluşlarına yönlendirilir.

3. Genelge eki Ek-5'de yer alan "Durum Bildirir Tek Hekim Sağlık Raporu'nun" birinci basamak sağlık hizmet sunucularında düzenlenmesinde aşağıdaki hükümler geçerlidir:

a) Durum Bildirir Tek Hekim Sağlık Raporu almak için birinci basamak sağlık hizmet sunucularına müracaat edecek kişiler, öncelikle aile sağlığı merkezlerinden ve toplum sağlığı merkezlerinden veyawww.thsk.gov.tr adresinden Genelge eki Ek- 6'da yer alan, "Kişisel Sağlık Bilgi Formu" temin edecektir. Başvuru sahibinin bu formda sağlık durumuna (hastalık, şikâyet, aile öyküsü vb.) ilişkin bilgilerin yer aldığı alanları doldurup imzalaması gerekmektedir. Başvuru sahibi 18 yaş altında ise form, velileri veya yasal temsilcileri tarafından imzalanacaktır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına imzalanmış "Kişisel Sağlık Bilgi Formu" ile başvurmayan kişilerin muayeneleri yapılmayacak, rapor düzenlenmeyecektir.

b) "Kişisel Sağlık Bilgi Formu" aile hekimleri tarafından aile hekimliği biriminde muhafaza edilecektir.

c) Sağlık Bakanlığına bağlı birinci basamak sağlık hizmet sunucularında düzenlenen raporlar için kişilerden ücret talep edilmeyecektir.

4. Birinci basamak sağlık hizmet sunucuları tarafından düzenlenen tek hekim raporları, AHBS (Aile Hekimliği Bilgi Sistemi) programı üzerinden, rapor verilme nedenine uygun şekilde elektronik olarak düzenlenerek çıkartılacaktır.

5. Tüm raporlar elektronik ortamda düzenlenerek istenilmesi halinde imzalı şekilde hastaya verilecektir. Ayrıca rapordaki verilerin USVS (Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü) ve diğer ilgili standartlara uygun bir biçimde Sağlık-NET üzerinden Bakanlığımıza gönderilmesi zorunludur.

6. Elektronik olarak düzenlen raporlar, elektronik imza çalışmaları tamamlanıncaya kadar bir çıktısı alınarak düzenleyen hekim/hekimlerin ıslak imza ve kaşesinden sonra arşivlenecektir. Sağlık kurumları bünyesinde sağlık raporu düzenlenmesi ve onaylanması amacıyla ayrı birimler oluşturulmayacak ve belirli günler ayrılmayacaktır.

7. Bu genelge eki rapor formatına uygun olarak düzenlenen raporlar için hastalardan ve raporu düzenleyen sağlık kurum ve kuruluşlarından, Sağlık Uygulama Tebliği ve ilgili mevzuatında belirtilmeyen başkaca herhangi bir bilgi ve belge aslı veya fotokopi ilave edilmesi talep edilmeyecek, gereksiz bürokratik işlemlere sebebiyet verilmeyecek ve hastalar mağdur edilmeyecektir.

8. Rapor formatında raporun tedavi edilen kişiye ait olup olmadığının tespiti amacıyla "T.C Kimlik Numarası" hanesi yer almakta olup, ayrıca hastanın fotoğrafının bulunmasına gerek yoktur.

9. İş bu genelge tarihinden önce ilgede kayıtlı genelge uyarınca ve önceki rapor formatlarına göre düzenlenmiş raporlar süresi bitimine kadar geçerli olacaktır.

10. İlaç kullanım raporları, Sağlık Uygulama Tebliğinin 4.1.3- İlaç kullanımına esas sağlık raporlarının düzenlenmesi maddesinde belirtilen hükümler çerçevesinde elektronik ortamda düzenlenecek ve bu raporlar başhekimlik tarafından elektronik ortamda onaylanacaktır.

11. İlaç kullanım raporlarında, SUT ve eki listelerde özel düzenleme yapılmış ilaçlar hariç olmak üzere, ilaç dozlarının belirtilmesi şart olmayıp, etken madde adının yazılması yeterli olacaktır. Sağlık raporuna etken madde adının yazılmasının yeterli olduğu ilaçlar için hastanın kullanacağı ilacın etken madde miktarı ve günlük kullanım dozu reçete ile düzenlenecektir.

12. İlaç ve tıbbi malzeme kullanım raporları, ilgili hekimce raporda aksi belirtilmedikçe SUT' ta öngörülen en uzun süre olan iki yıl boyunca geçerlidir. Ancak, hekimin ilgili ilaç ve malzemeyi daha kısa süreli kullanımını gerekli gördüğü durumlarda,

“etken madde” ve “malzeme” isminin yanına o ilaç ve tıbbi malzeme için kullanım raporunun geçerli olmasını istediği süreyi yazması yeterlidir.

13. Aile hekimliği sözleşmesi imzalayan aile hekimliği uzmanı ve diğer uzman hekimler aldıkları eğitim dâhilinde ilaç ve tıbbi malzeme kullanım raporları düzenleyebilecektir.Bu hususta Halk Sağlığı Müdürlüklerince gerekli tedbirler alınacaktır (43).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3. 1. Etik Kurul İzni

Bu çalışma, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik kurulu'nun onayı ile yapıldı.(26.05.2015; karar numarası,512; sayı,987).

3.2. Çalışmanın Özellikleri

Bu çalışmada Aile Hekimliği Polikliniği'ne 01.01.2014-01.01.2015 tarihleri arasında işe giriş , sağlık , ehliyet, evlilik, alt bezi ve ilaç raporları almak amacıyla başvuran kişilerin yaş, cinsiyet ve meslek gruplarına göre istenen tetkiklerin retrospektif ve genel olarak değerlendirildi.

3. 3. Çalışma Grupları Ve Katılımcıların Seçimi ve Laboratuvar değerleri

Aile Hekimliği Kliniği'ne bağlı olan Aile Hekimliği Polikliniklerine 01.01.2014-01.01.2015 tarihleri arasında işe giriş, sağlık, ehliyet, evlilik, alt bezi ve ilaç raporları almak için başvuran her iki cinsiyette, tüm yaş grubundaki hastalar çalışmaya dahil edilecektir. Kayıtlarına ulaşılan tüm hastalar araştırmaya dahil edilecektir ve kayıtlarında eksiklik olanlar çalışmaya alınmadı.

Laboratuvar referans aralıkları hastanemiz laboratuvarının kullandığı aralıklar olarak belirlendi. Buna göre; B12 için 197-771 pg/ml, Hgb için Kadınlarda 12 Erkeklerde 13g/dl, ALT için 0-32 U/L, AST için 0-33 U/L olarak kabul edilirken, AntiHbs için 10<=u/l "pozitif" olarak değerlendirildi.

3.4. Gönüllülerin Çalışmaya Alınma Kriterleri

Aile Hekimliği Kliniği'ne bağlı olan Aile Hekimliği Polikliniklerine 01.01.2014-01.01.2015 tarihleri arasında işe giriş, sağlık, ehliyet, evlilik, alt bezi ve ilaç raporları almak için başvuran her iki cinsiyette, tüm yaş grubundaki hastalar çalışmaya dahil edildi.

3.5. Gönüllülerin Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

Kayıtlarında eksiklik olanlar çalışmaya alınmadı .

3.6. Verilerin İstatistiksel Analizi

Tüm veriler toplandıktan sonra SPSS 16.0 (SPSS, Inc., Chicago, Illinois) programına girildi ve bu program kullanılarak analiz edildi. Verilerin istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan, minimum maksimum, oran ve frekans değerleri kullanıldı. Değişkenlerin dağılımı kolmogorov, simirnov testi ile kontrol edildi. Nicel verilerin analizinde bağımsız örnekleme t test ve mann-whitney u test kullanıldı. Niteliksel verilerin analizinde ki-kare testi kullanıldı. Korelasyon analizinde verilerin dağılımına göre pearson ve spearman korelasyon analizi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alındı.



4. BULGULAR

Çalışmamız 01 Ocak 2014- 01 Ocak 2015 tarihleri arasında 3673 kişi üzerinde yapıldı.

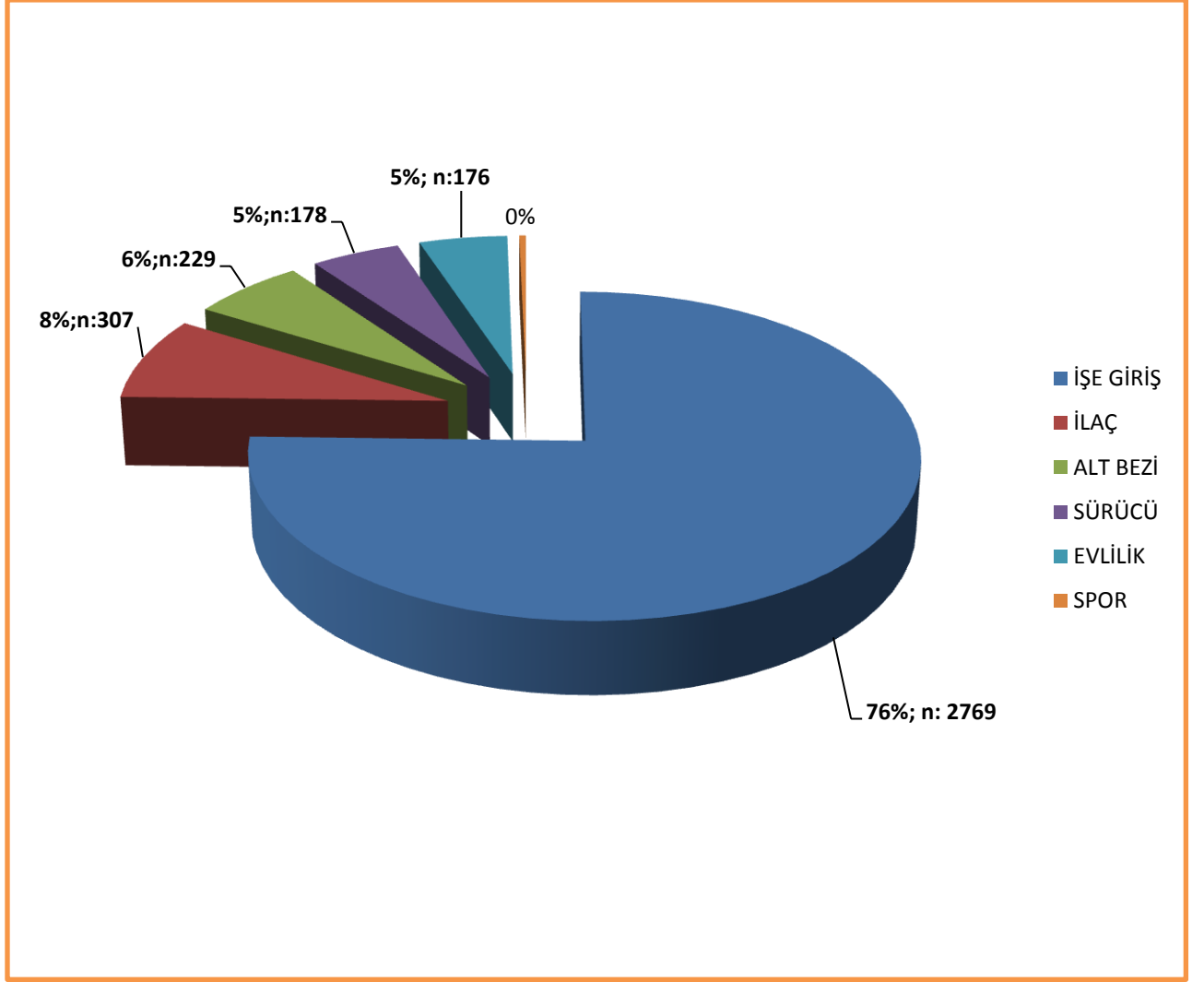
Çalışmaya alınanların cinsiyet, yaş, yaş grup ait sosyodemografik bulgular Tablo1'de gösterildi .

Çalışmaya alınan 3673 kişinin çoğunluğu (%52.7; n=1936) erkekti.Çalışma grubunun aş ortalaması35,45±19,9 yıl olup 15 ile 105 yıl arasında değişmekteydi. Yaş gruplarına göre en fazla (%71; n=2606)18-40 yaş grubunda yer almaktaydı (Tablo 1).

Tablo 1: Çalışma Grubunun Sosyodemografik Bulguları

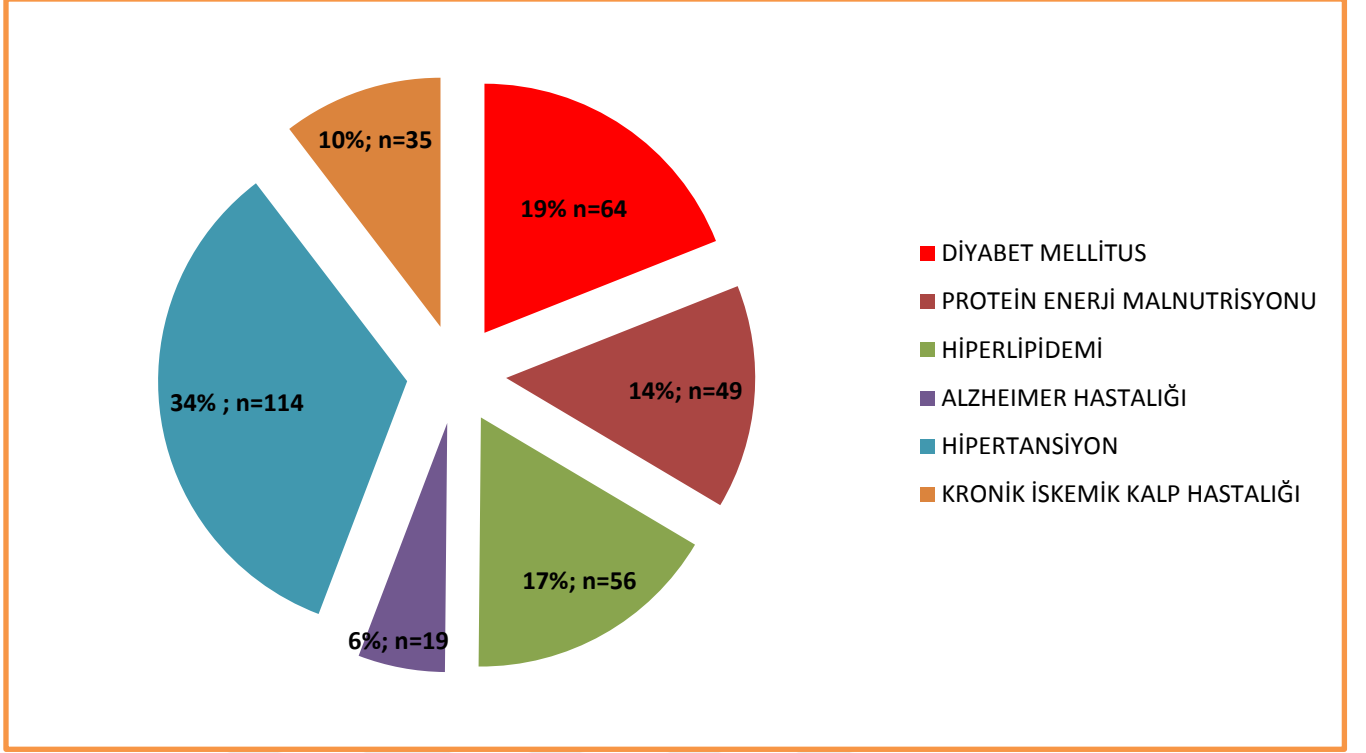
Sosyodemografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	1737	47,3
Erkek	1936	52,7
Yaş Grupları		
18 yaş altı	155	4,2
18-40 yaş	2606	71
41-64 yaş	511	13,9
65 yaş üstü	401	10,9

Polikliniğe rapor amaçlı yapılan başvurular değerlendirildiğinde büyük çoğunluğunun (%76; n=2769) işe giriş öncesi verilen sağlık raporların oluşturdu gözlemlendi (Grafik 1).

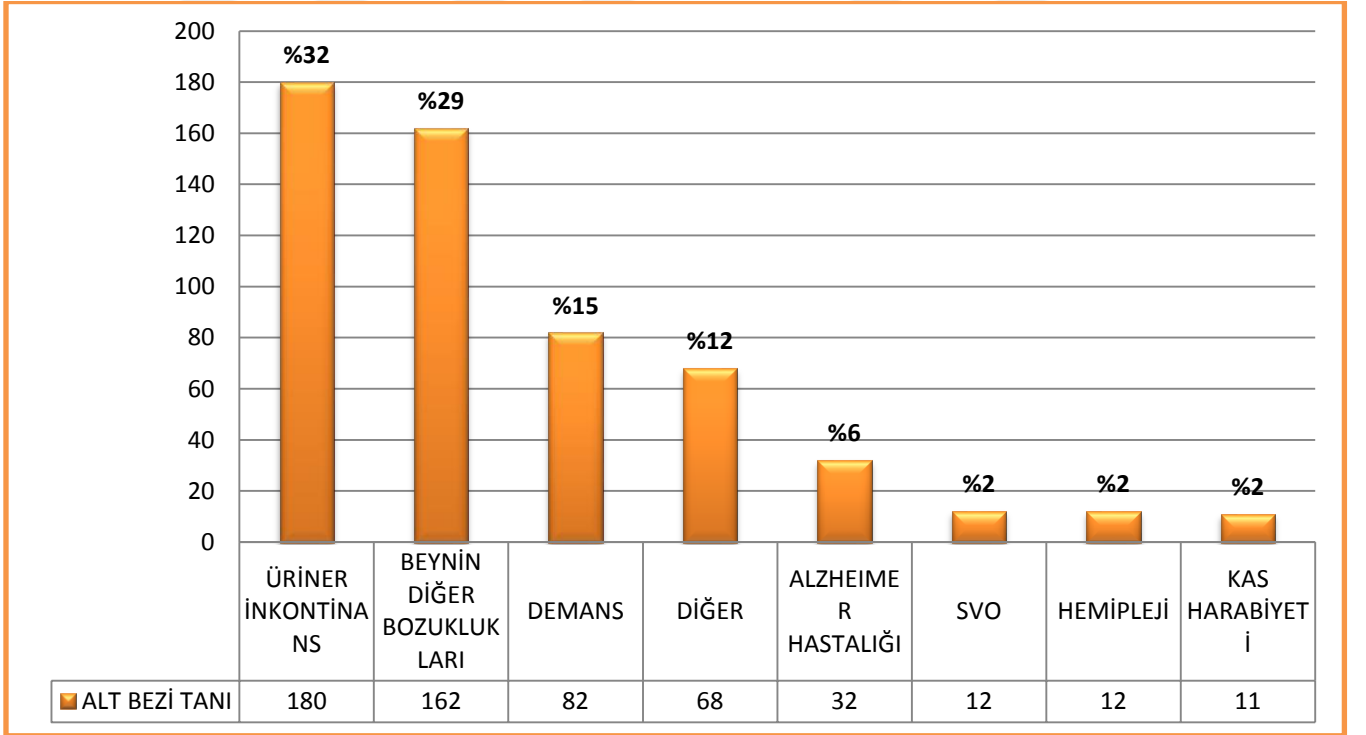


Grafik 1: Çalışmaya alınanların rapor türlerinin dağılımı;

Şişli Hamidiye Etfal Evde Sağlık Birimine bağlı hastalara verilen ilaç raporlarının tanısı incelendiğinde, en sık kullanılan tanı %34 (n=114) ile Esansiyel Hipertansiyondu (Grafik 2). Alt bağlama bezi raporları ise en fazla (%32; n:180) Üriner inkontinans nedeniyle verilmekteydi (Grafik 3).

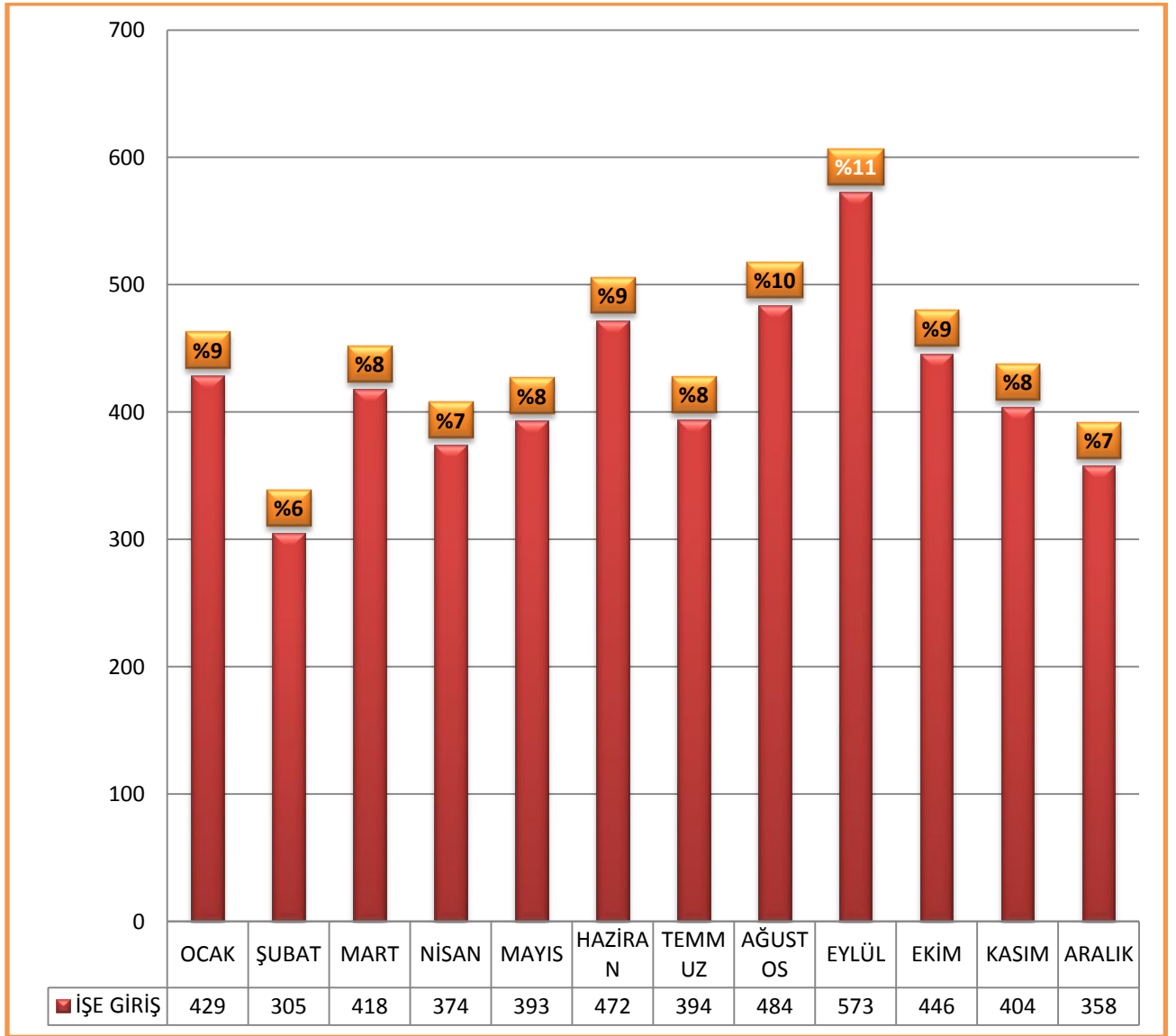


Grafik 2: Çalışmaya alınanların ilaç raporu tanılarının dağılımı;

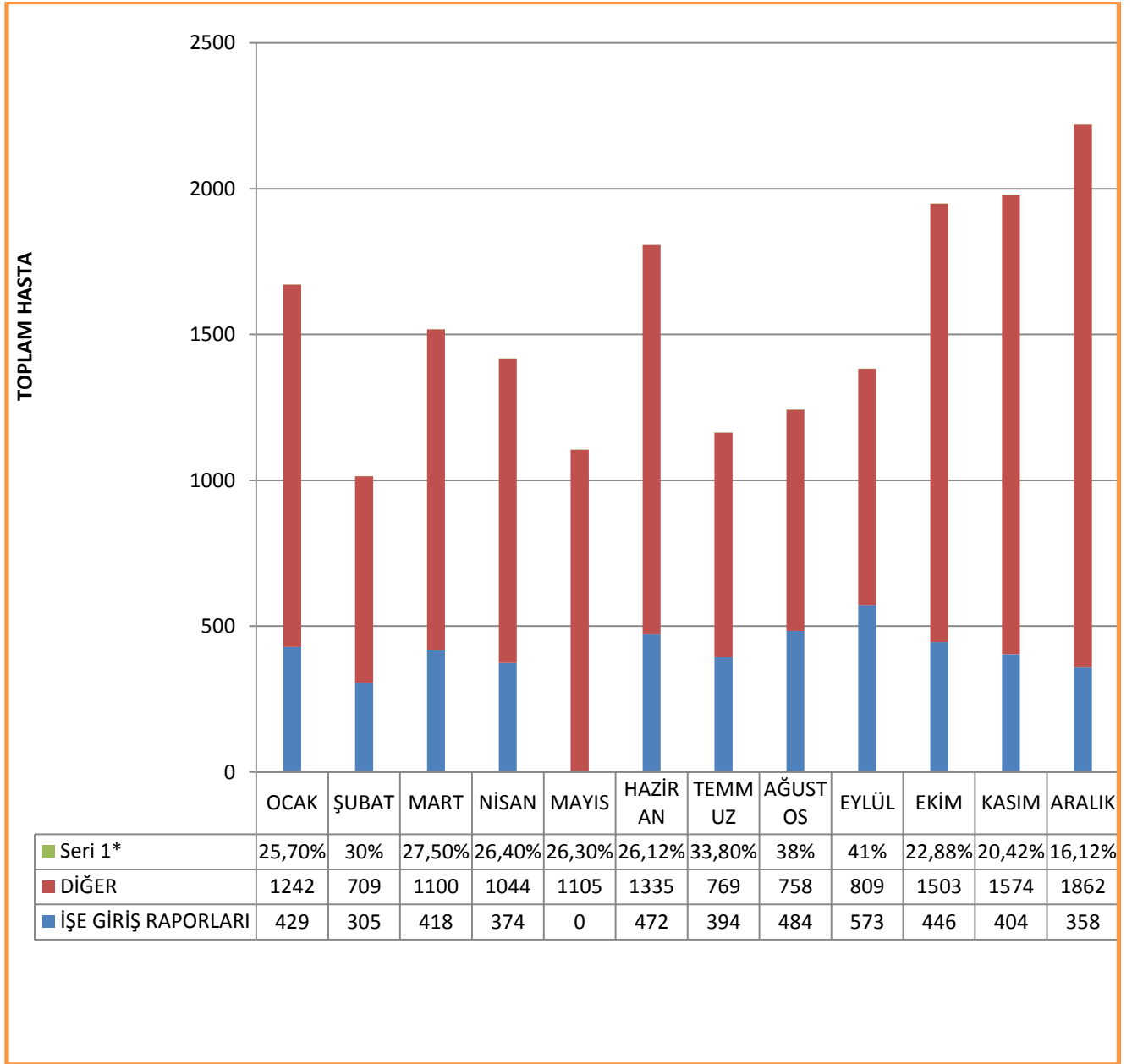


Grafik 3: Alt bezi raporlarındaki tanılarının dağılımı;

Çalışmaya alınan kişilerin işe giriş raporlarının aylara göre dağılımı incelendiğinde büyük bir kısmının (%11; n=573) eylül ayı içerisinde verildiği belirlendi (Grafik 4). Aylara göre Aile Hekimliği Polikliniğe başvuru yapan diğer hasta grubu ile işe giriş raporu almak için başvuru yapanların oranına bakıldığında en yüksek oranın ağustos ayında (n:758/484=1,57) en düşük oranın ise aralık ayında (n:1862/358= 5,2) olduğu belirlendi(Grafik 5).



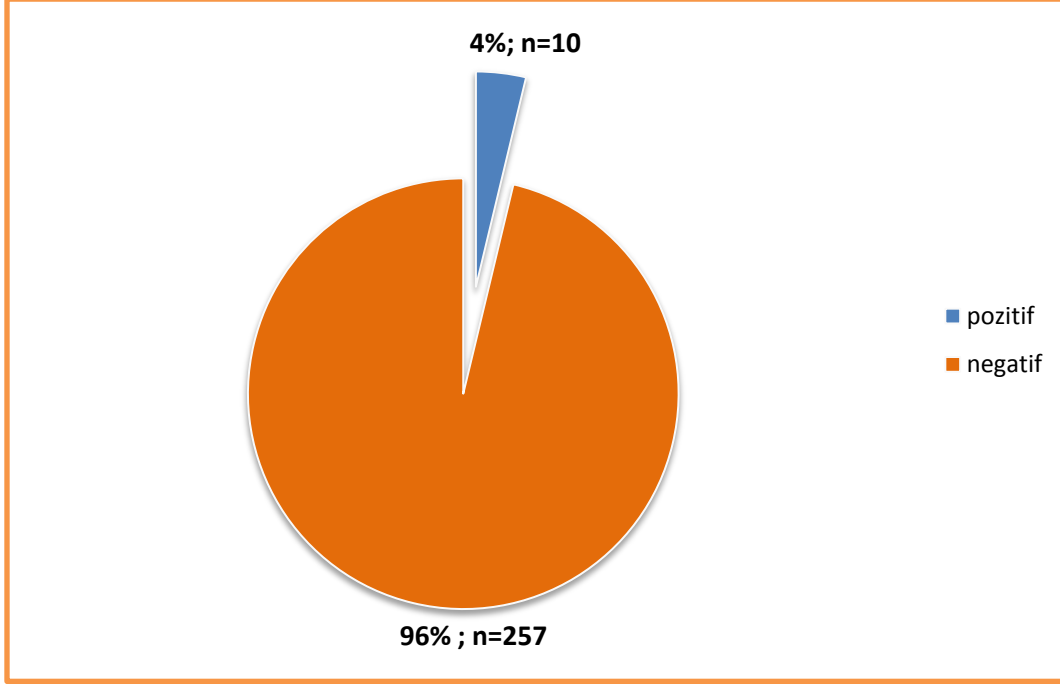
Grafik 4: İşe giriş sağlık raporunun aylara göre dağılımı;



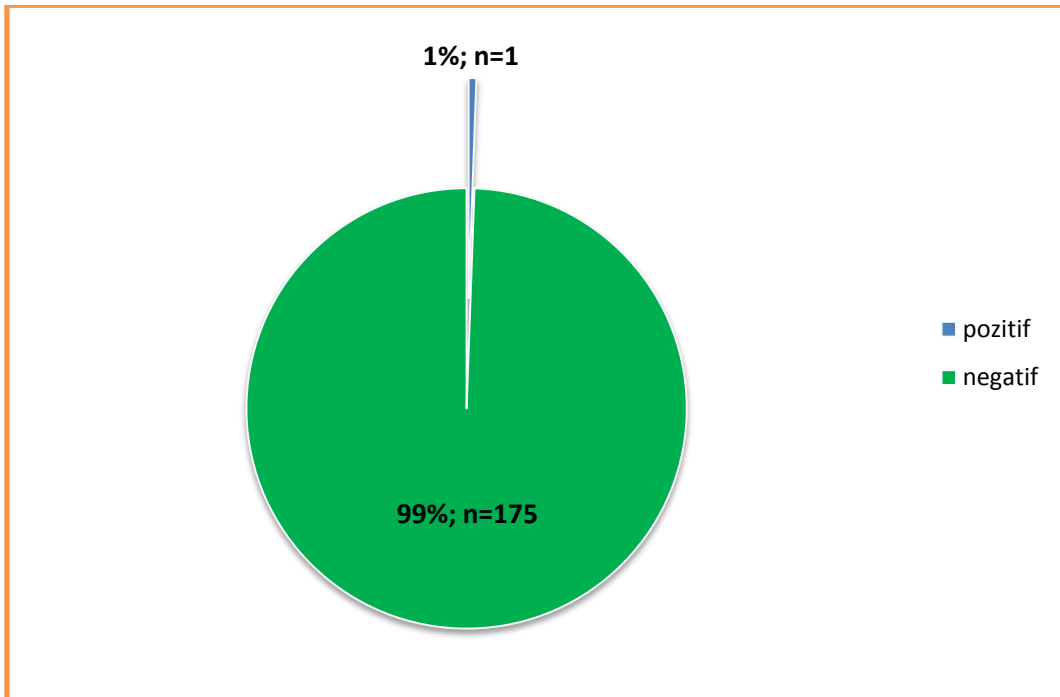
Grafik 5: Polikliniğe başvuru yapan toplam hasta ve işe giriş sağlık raporlarının aylara göre dağılımı;

(*Aya ait işe girme öncesi sağlık raporunun yüzdesini göstermektedir.)

İşe giriş öncesi sağlık raporu için başvuran hastalarda cinsiyete göre istenen HbSAg çoğu negatifdi (%96; n=257) (Grafik 6). Evlilik raporu almak için başvuru yapanların %99 HbSAg negatifdi (n=175)(Grafik 7). HbSAg'nin en sık 41-64 yaş grubunda pozitif(%45,5 n=5)(Tablo 2).

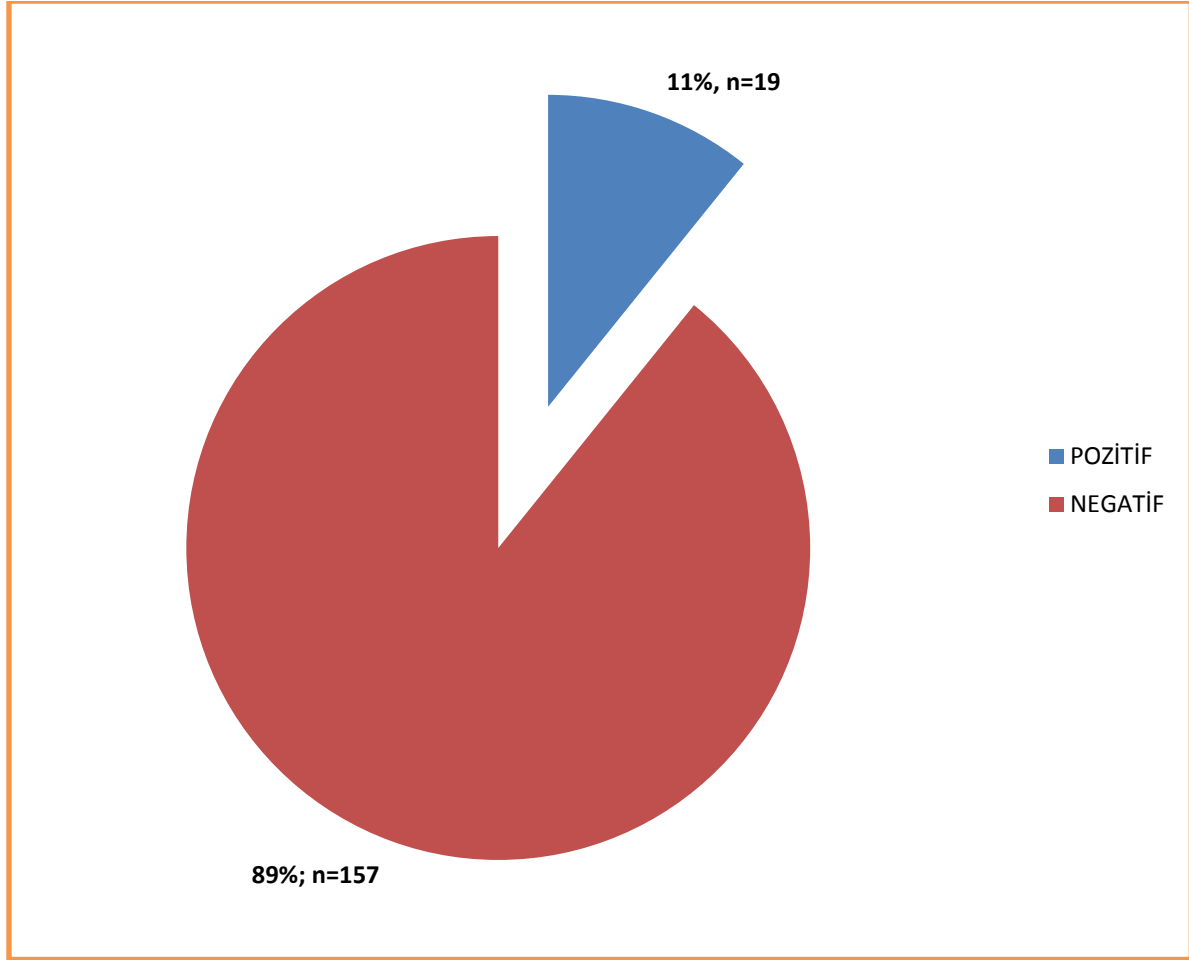


Grafik 6: İşe giriş sağlık raporunun HbSAg göre dağılımı;



Grafik 7: Evlenme öncesi verilen sağlık raporunun HbSAg göre dağılımı;

Evlilik raporu için istenen AntiHbs nin %11 (n=19) pozitifdi. (Grafik 8)



Grafik 8: Evlenme öncesi verilen sağlık raporunun AntiHbS göre dağılımı;

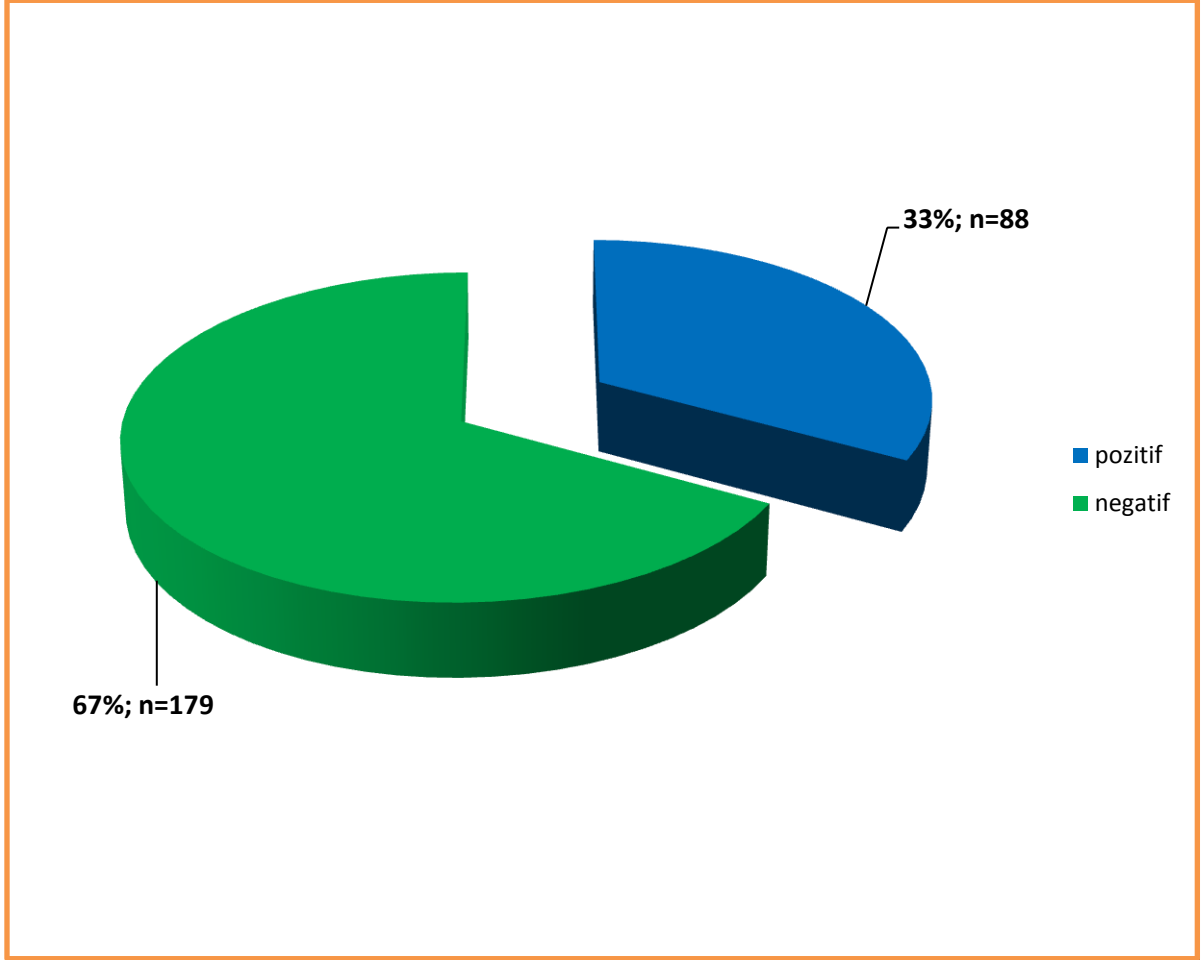
Tablo 2: Cinsiyet ve Yaş grup göre AntiHbS sonuçlarının dağılımı;

	HbSAg(+)	HbSAg(-)	P değeri
Cinsiyet			
Kadın	75(%4,3)	143(%8,2)	p=0,869
Erkek	79(%4,1)	153(%7,9)	
Yaş Grupları			
18 yaş altı	3(%1,9)	9(%5,8)	p=0,00
18-40 yaş	138(%5,3)	245(%9,4)	
41-64 yaş	13(%2,5)	40(%7,8)	
65 yaş üstü	0	2(%0,5)	

Tablo 3: Cinsiyet ve Yaş grup göre HbSAg sonuçlarının dağılımı;

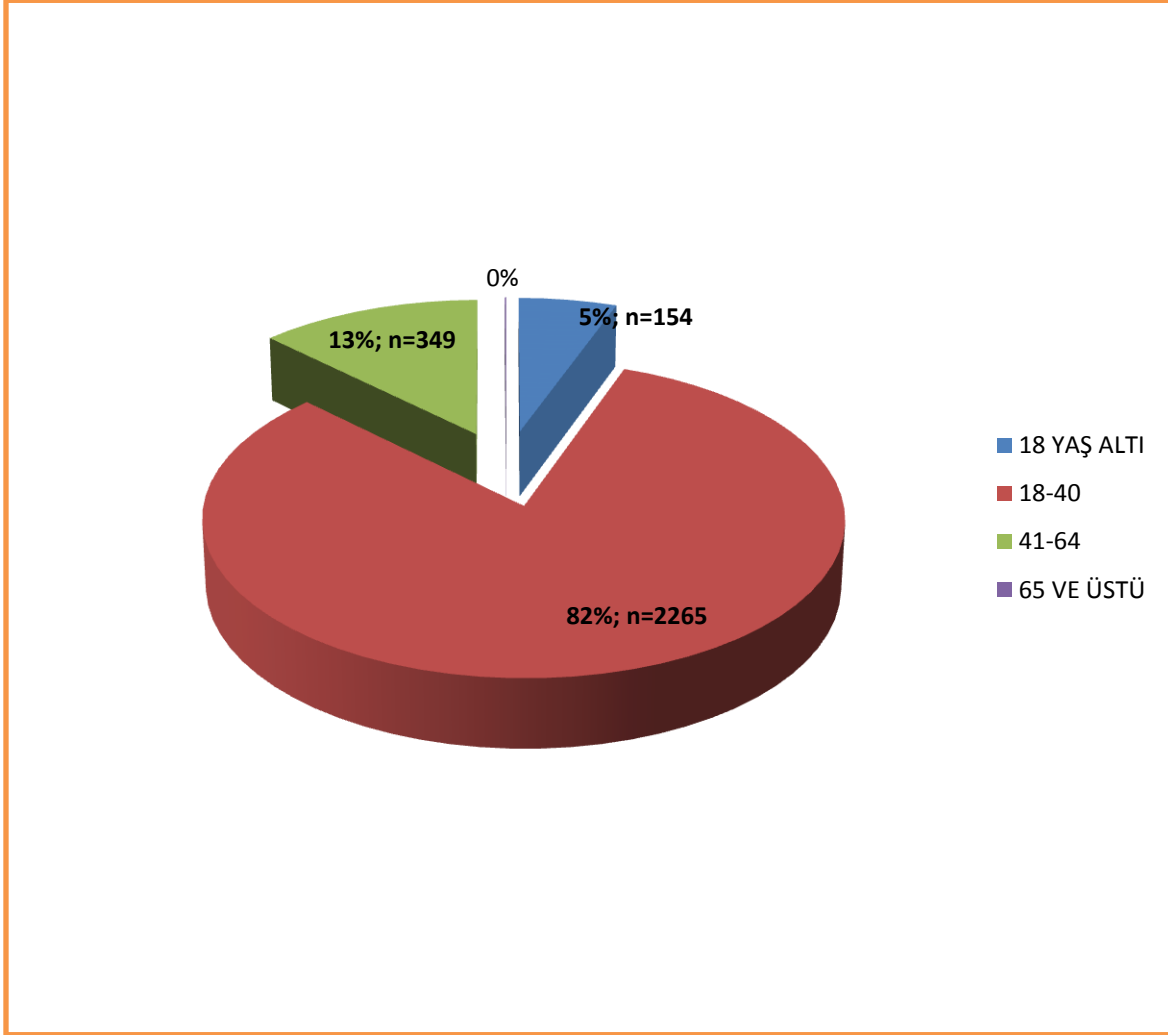
	HbSAg(+)	HbSAg(-)	P değeri
Cinsiyet			
Kadın	5(%0,3)	213(%12,3)	p=0,778
Erkek	7(%0,4)	225(%11,6)	
Yaş Grupları			
18 yaş altı	6(%3,9)	6(%3,9)	p=0,00
18-40 yaş	4(%0,2)	379(%14,5)	
41-64 yaş	2(%0,4)	51(%10)	
65 yaş üstü	0	2(%0,5)	

Tüm rapor türünden 450 kişiden AntiHbs istenmiştir.Evlenme öncesi sağlık raporu için başvuran 176 kişiden istenmiş olup,%87,5(n=154) negatif, %12,5(n=22) pozitif olarak bulundu.İşe giriş raporlarında ise %33'de (n=88) AntiHbs pozitif olarak bulundu(Grafik 9).



Grafik 9: İşe giriş Sağlık Raporlarında AntiHbs sonuçlarının dağılımı;

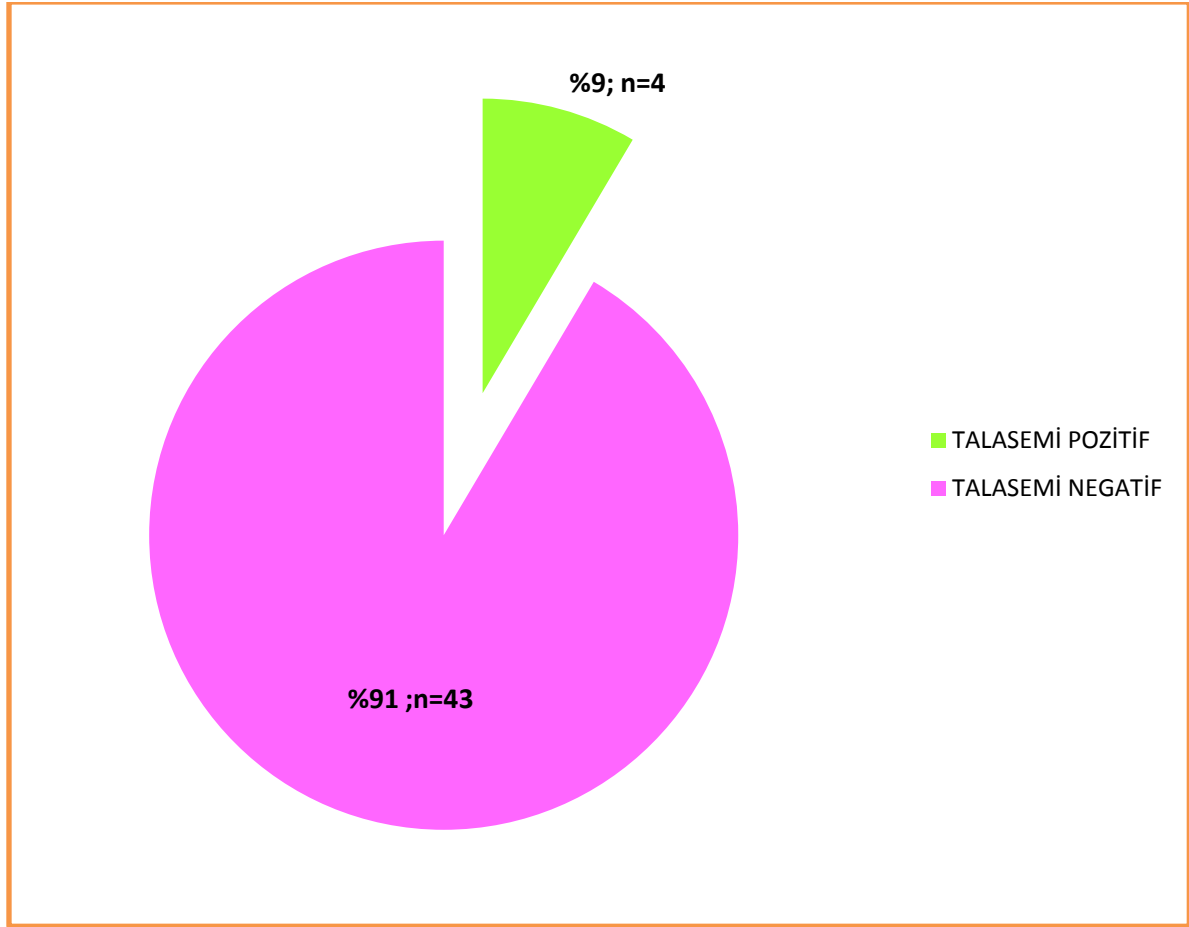
İşe giriş raporu almak için başvuru yapanlar rapor almak için başvuru yapanların %75,4(n=2770) oluşturmaktaydı. Bunların %57(n=1579) erkekler ve %43(n=1191) kadınlar oluşturmaktaydı.İşe giriş için başvuruların yaşları 15-64 arasında değişmekteydi.İşe giriş yaş grup arasındaki ilişki Grafik-10 gösterildi.



Grafik 10: İşe giriş Sağlık Raporlarında yaş grup dağılımı;

Evlenme öncesi sağlık rapor almak için başvuran 176 kişinin hepsinden HCV, HIV ve VDRL istendi ve hepsi “negatif” olarak bulunmuştur.

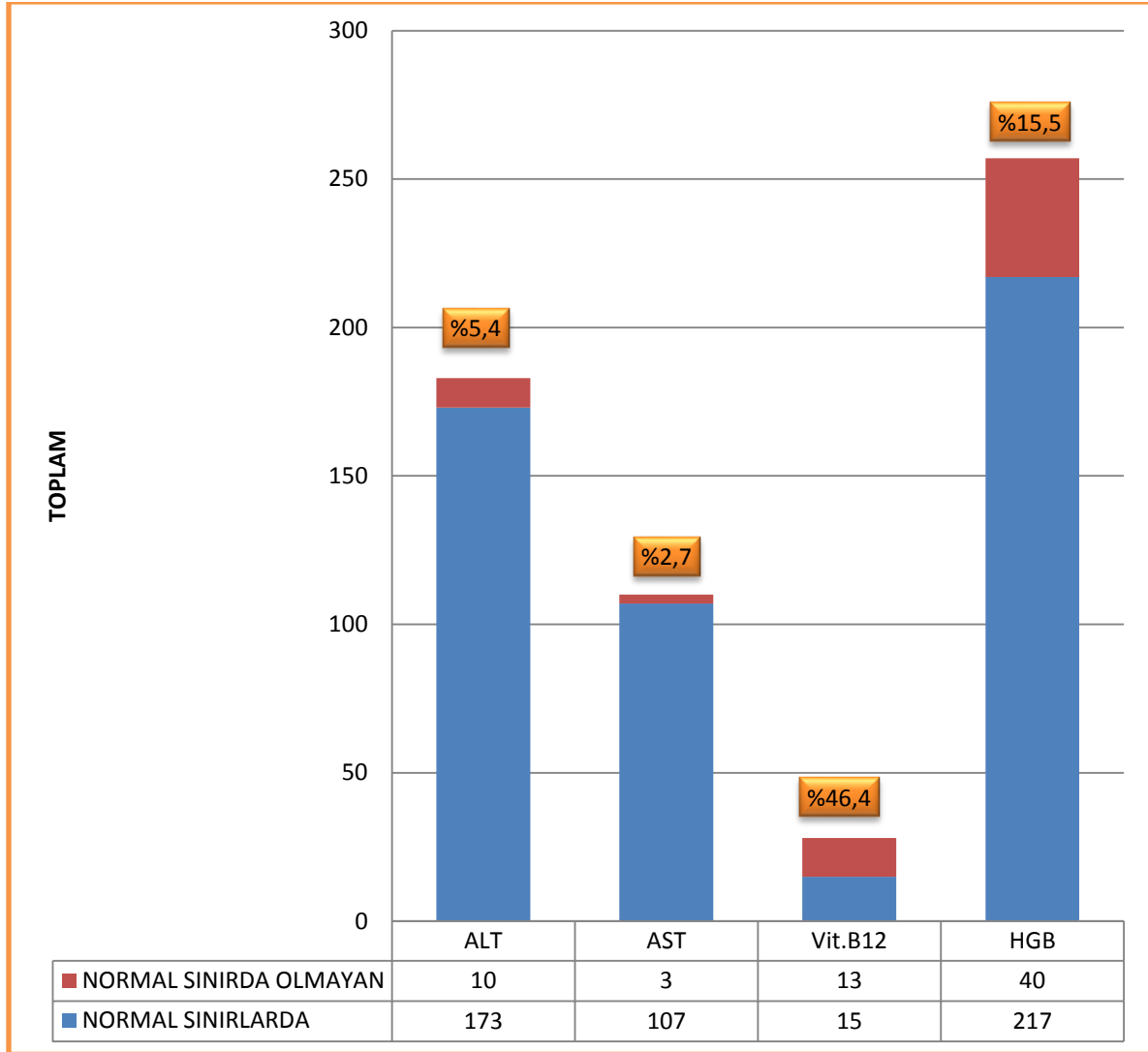
Evlenme öncesi sağlık raporu için başvuranların %26,7’sinden (n=47) hemoglobin varyant analizi istenmiştir. Talasemi pozitifliği %9’du (n=4)(Grafik 11). 1 kişide talasemi intermedia 3 kişide talasemi taşıyıcılığı bulundu.



Grafik 11: Evlenme öncesi sağlık raporu için istene Hgb varyant sonuçlarının dağılımı;

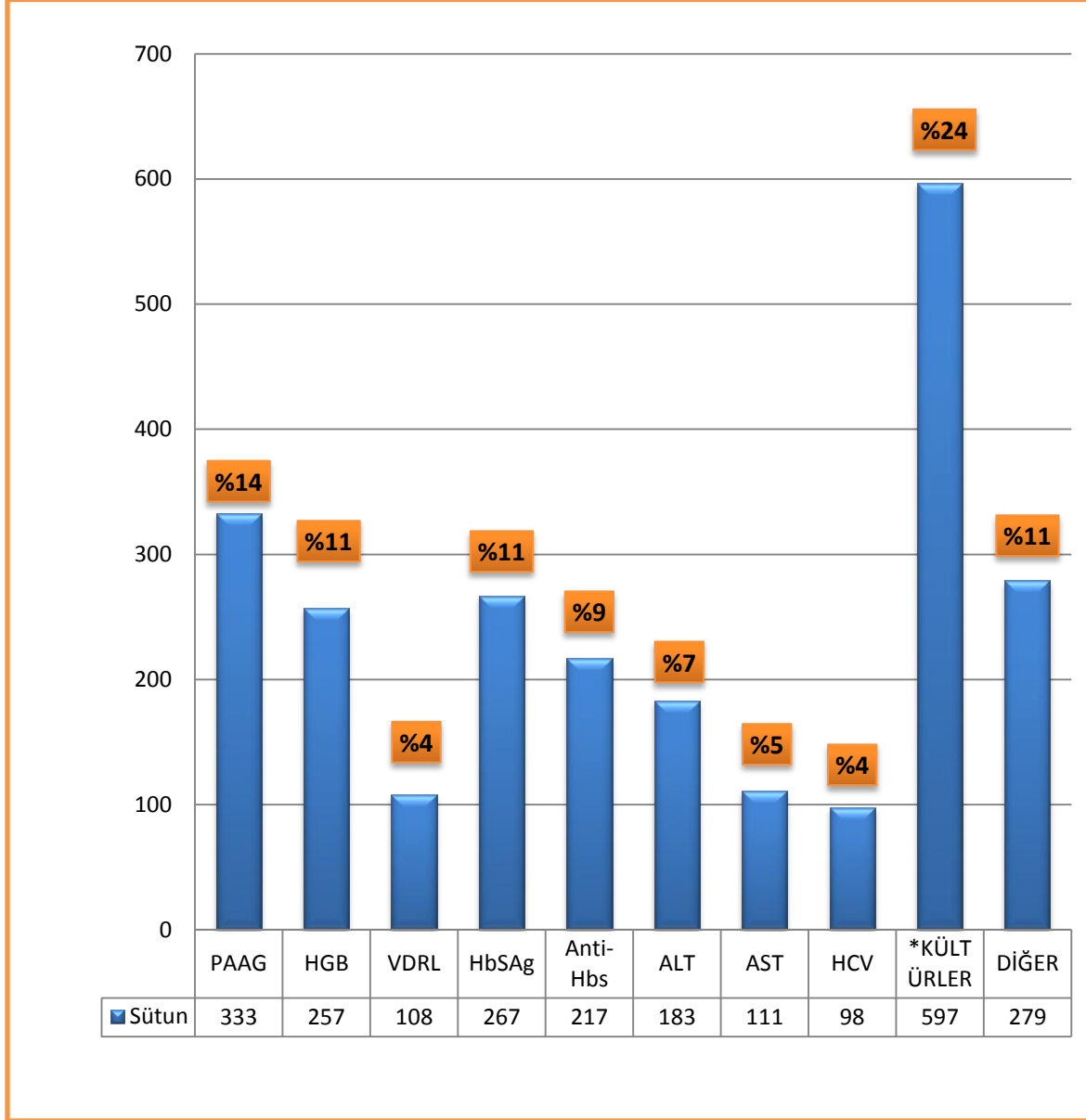
Evlilik raporu almak için başvuran bireylerin %44,3'ünden (n=78) hemoglobin istendi ve bunlardan %12,5'da (n=22) hemoglobin değeri referans değerinin (13u/L) altında saptandı.

İşe giriş raporu ile ALT AST,Vitamin B12, Hemoglobin arasındaki ilişki Grafik 11 gösterildi.Vitamin B12 istenenlerin %46'da(n=13) düşük bulundu(<197 pg/ml).



Grafik 12: İşe giriş sağlık raporuna göre istenen tetkiklerin dağılımı;

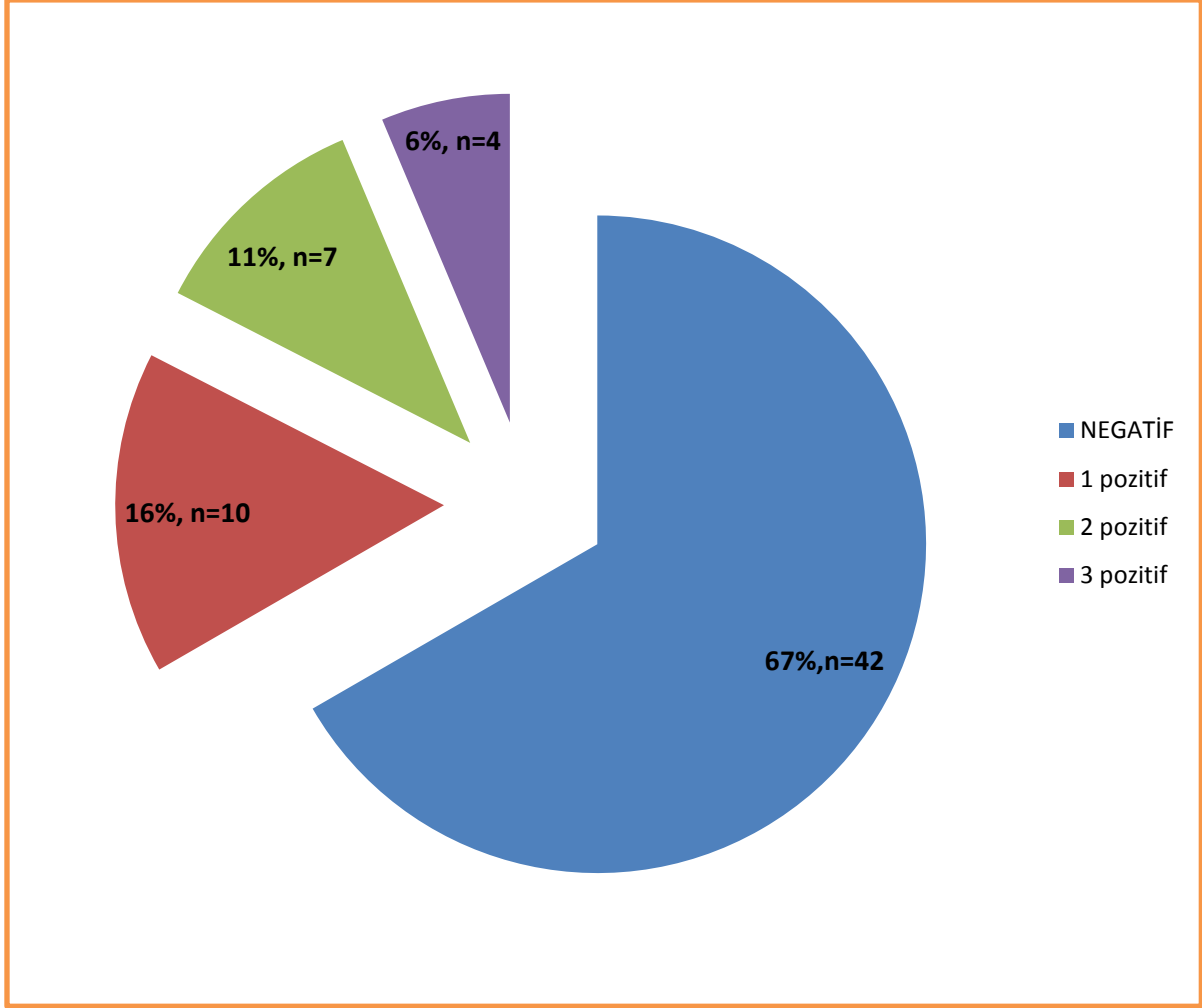
İşe giriş sağlık raporu için istenen tetkikleri değerlendirdiğimizde en çok istenen tetkik %12 (n:333) ile Akciğer grafisiydi.Boğaz,burun,gaita kültürü ve gaita mikroskopisi istenen tetkiklerin%21,56 (n=597) oluşturdu .Ancak kültürler ayrı ayrı değerlendirildiğinde 2. sırada en çok istenen tetkik HbSAg olduğu gözlemlendi(%11;n=167)



Grafik 13: İşe giriş sağlık raporlarında istenen tetkiklerin dağılımı-2;

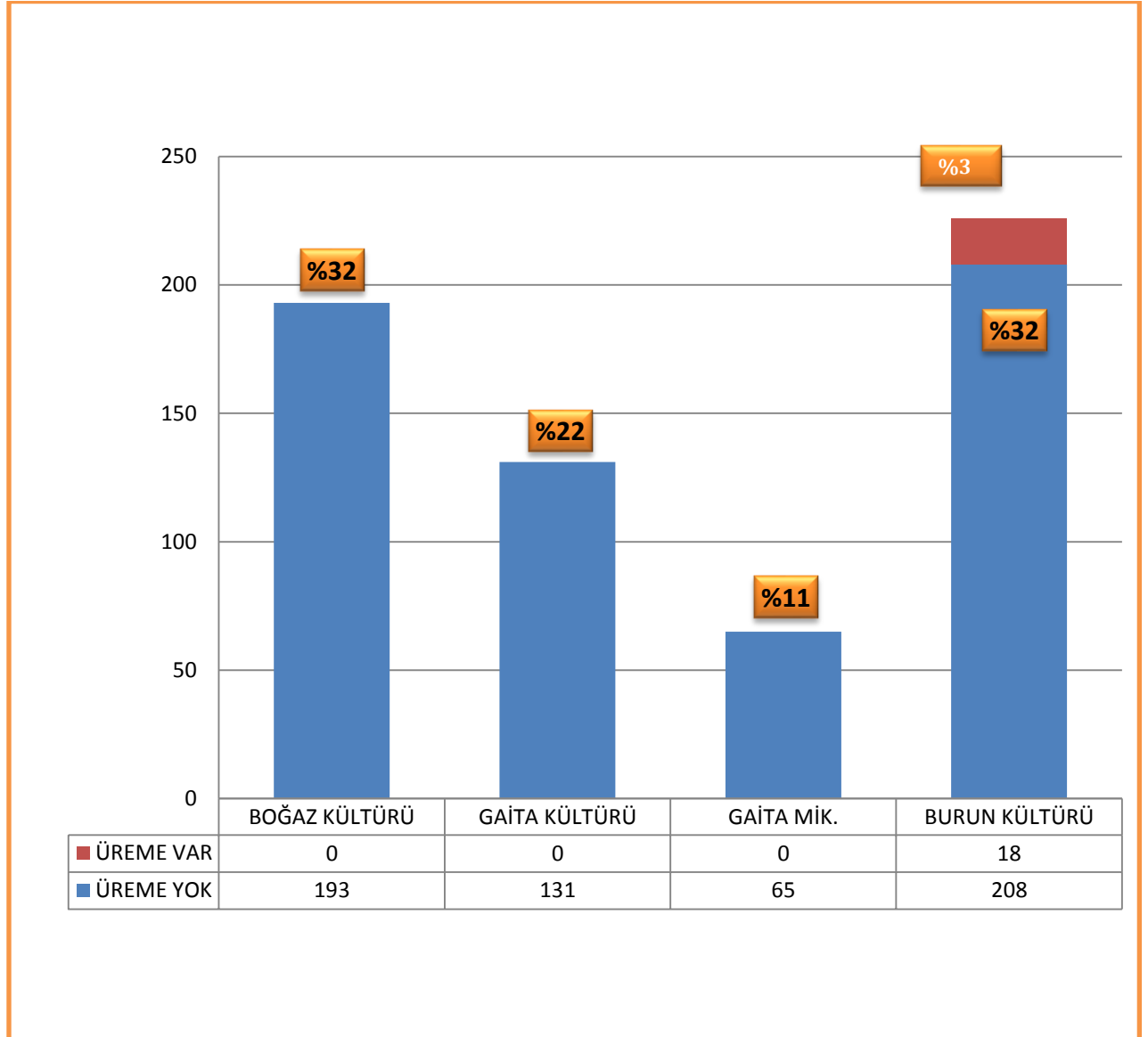
(* Boğaz, burun, gaita kültürü ve gaita mikroskopisi)

İşe giriş sağlık raporlarında istenen Tam idrar tetkikinin %33'ünde(n=21) idrar yolu enfeksiyonu tespit edildi(Grafik 12) .



Grafik 14: İşe giriş sağlık raporlarında istenen tam idrar tetkiki sonuçlarının dağılımı;

İşe giriş raporlarında istenen boğaz kültürü, gaita kültürü ve mikroskopisi, burun kültürü arasında en çok istenen burun kültürüdür (%33,82 n=226). Burun kültürünün %7,9 (n=18) staf aureus üredi. İşe giriş sağlık raporlarında istenen kültürlerin dağılımı Grafik-13 verildi.



Grafik 15: İşe giriş sağlık raporunda göre istenen kültürlerin dağılımı;

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda polikliniğe rapor amaçlı yapılan başvurular değerlendirildiğinde büyük çoğunluğunun (%76; n=2769) işe giriş öncesi verilen sağlık raporların oluşturdu gözlemlendi. İşe giriş sağlık raporu için istenen tetkikleri değerlendirdiğimizde en çok istenen tetkik %12 (n:333) ile Akciğer grafisiydi.Boğaz,burun,gaita kültürü ve gaita mikroskopisi istenen tetkiklerin%21,56 (n=597) oluşturdu.Ancak kültürler ayrı ayrı değerlendirildiğinde 2. sırada en çok istenen tetkik HbSAg olduğu gözlemlendi(%11;n=267).

Türk Medeni Kanunu'nun 4721 Sayılı 136.maddesi ile evlenecek kişilerden sağlık istenmesi zorunlu tutulmuştur.İstenen bu raporlar bölgesel değişiklik gösterebilmekle birlikte, çiftlerin evlilik öncesi sağlık taramasından geçmelerini sağlamak, mevcut bulaşıcı hastalıkların tespiti, gerekirse bilgilendirilmeleri ve tedavi edilmeleri, ileride sahip olabilecekleri çocuklarının sağlığı için alınması gereken önlemlerin erkenden alınması için belirlemiş testler içermektedir (25).

Gelişmiş batı ülkelerinde Hepatit B taşıyıcılığı %1 düşüktür,gelişmekte olan bazı ülkelerde %20'yi bulmaktadır (44).HBV enfeksiyonunun global epidemiyolojisi HBsAg açısından seropozitif olan nüfus oranına göre 3 kategoriye ayrılmıştır:yüksek, orta ve düşük endemite (45).Ülkemiz HBsAgseropozitifliği açısından orta endemite (%2-8) bölgesindedir .ÜlkemizdeHBsAgseropozitifliğibölgesel farklılıklar göstermekle birlikte batı bölgelerinde ortalama %3,4, Doğu ve Güneydoğu Anadolu'da ise %8,0'dir (41-46).

2010 yılı TÜRKHEP sonuçlarına göre, Hepatit B taşıyıcılığı ortalama %4, Hepatit C virüsü taşıyıcılığı ise %0.95 olarak bulunmuştur (47). 2015 yılında Sağlam ve ark. yaptığı çalışmada İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesinde evlilik raporu almak için başvuru yapanlarda %2.8 oranında HBsAg pozitifliği saptamıştır (25). Türkiye genelinde kan merkezleri dahil yaklaşık olarak 1.200.000 kişi araştırılmış ve ortalama olarak HBsAg sıklığı %6,11 olarak bulunmuştur (48).

İnci ve ark. Artvin Devlet Hastanesi'ne Başvuran Hastalarda HBsAg pozitifliği %3,96 olarak tespit edilmiş ve erkeklerde %4,71 , kadınlarda %3,30 olarak tespit edilmiştir Anti HBs seropozitifliğinin cinsiyete göre farklılıkları değerlendirildiğinde erkeklerde %34,09, kadınlarda %36,14 (2625/7263) olarak tespit edilmiştir.Yaş gruplarına göre Anti HBsAg pozitifliği değerlendirildiğinde ise; en sık 20 yaş ve altı grupta pozitiflik görülmüştür

(49).HBsAg pozitifliğinin İstanbulda % 5,7 olarak bulunmuştur.Özer TT ark.HBsAg pozitifliği %4.2 oranında bulmuşlardır (50).

Çalışmamız öncelikle bir prevalans çalışması olmamakla birlikte biz evlenme önce verilen raporlarda %1,işe giriş raporlarında ise HBsAg pozitifliği %4 olarak saptadık TÜRKHEP çalışmasında da ve diğer yapılan çalışmalarda vurgulandığı gibi erkeklerde sıklık kadınlara oranla daha fazla olmakla birlikte çalışmamızda her iki cinsiyeti yakın değerlerde (K:%4,1; E: %4,3) bulduk.Bu durum çalışmaya katılan her iki cinsiyetde kişi sayısı birbirine çok yakın olmasındandır.

Çalışmamızda HBsAg (+)'liği sıklığının evlilik ve işe giriş öncesi raporların ortalaması ile mevcut çalışmaların sonuçları benzerdir.Evlilik öncesi sağlık raporu ile işe giriş öncesi sağlık raporlarında HBsAg sonuçların farklı olmasının nedeninin işe girme öncesi sağlık raporu alanların yaş ortalamasının ileri olması ve Hepatit B aşısı programının 1998 yılından bu yana uygulandığı da göz önüne alınarak yaş arttıkça maruziyetin artması ve bağışıklığı olmayan birey sayısının artması şeklinde düşünülebilir.

Türk toplumunda anti-HBs pozitif kişilerin oranı %32'dir (47).2015 yılında Sağlam ve ark.İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesinde evlilik raporu almak için başvuru yapanlarda bu oran %28'di.İnci ve ark. Artvin Devlet Hastanesi'ne Başvuran Hastalarda bulunduğu anti-HBs pozitif kişilerin oranı %35'dir.23Bizim çalışmamızda anti-HBs pozitif kişilerin oranı evlenme öncesi verilen sağlık raporlarında %11 (n=19) işe giriş sağlık raporlarında ise %33 (n=88) olarak bulunmuştur ve mevcut çalışmalarla benzerlik göstermektedir.Çalışmamızda çıkan sonuçlara göre Hepatit B aşısı programının önemli olduğu ve ilerki çalışmalarda aşısı programının uygulanması ile anti-HBs pozitif kişilerin oranının artacağını düşünmekteyiz.

Ayşe İnci ve ark. Artvin Devlet Hastanesi'ne Başvuran Hastalarda yaş gruplarına göre Anti HBsAg pozitifliği değerlendirildiğinde ise;en sık 20 yaş ve altı grupta pozitiflik görülmüştür (49).

Çalışmamızda ise Anti HBsAg pozitifliği en sık %5,3(n=138) ile 18-40 yaş olmuştur.Bu farklılığı çalışmamıza alınan kişilerin çoğunun yaş ortalamasının 18-40 yaş arasında olmasıyla açıklanabilir.Bu yaş aralığında fazla olmasının nedeni sağlık bakanlığının Hepatit B aşısı programının etkili yürütülmesinden olduğunu düşünmekteyiz ve Hepatit B

aşısının 1998 yılında genişletilmiş bağışıklama programına dahil edilmesiyle Anti HBs pozitif yaş aralığının yapılacak çalışmalarda daha da düşeceğini düşünmekteyiz.

Dünyada HCV enfeksiyonu prevalansının yaklaşık %2.2-3 arasında olduğu tahmin edilmektedir (54).Bu da dünyada yaklaşık 130 ile 170 milyon kişinin HCV pozitif olduğunu gösterir.Tahmini prevalansın en düşük olduğu Kuzey Avrupa'da HCV prevalansı %1'den düşüktür, prevalansın yüksek olduğu ülkeler ise Asya ve Afrika'da yer alır (53).En düşük prevalans İngiltere ve İskandinav ülkelerinden (%1'in altında), en yüksek prevalans ise Mısır'dan (%15- 20) bildirilmiştir (52).

Düşük prevalansı olan ancak nüfusu büyük gelişmiş ülkelerde örneğin Almanya'da prevalans %0.6,Kanada'da %0.8, Fransa'da %1.1, Avustralya'da %1.1'dir.Düşük, fakat biraz daha yüksek prevalans oranları Amerika Birleşik Devletleri'nden (%1.8), Japonya'dan (%1.5-2.3) ve İtalya'dan (%2.2) bildirilmiştir.Ülkemiz dünya haritasında prevalansı %1-1.9 arasında olan ülkeler arasında yer almaktadır (51).

Özer TT ve ark. 2011 Evlilik öncesi tarama testleri ilgili yaptığı çalışmada anti hcv pozitifliğine rastlanmamıştır (50).İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesinde evlilik raporu almak için başvuru yapanlarda AntiHCV ve VDRL(+)'liği saptanmamıştır, AntiHiv pozitifliği 2 kişide rastlanmıştır (25).Bizim çalışmamızda ise antiHCV pozitifliği tespit edilmedi ve mevcut çalışmaların sonuçlarıyla benzerdi.

Ülkemizde sifiliz prevalansı batı ülkeleri ile karşılaştırıldığında elde edilen sonuçlar birbirine yakındır.Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan resmi rakamlara bakıldığında on yıl içinde sifiliz morbiditesinde anlamlı bir farklılık gözlenmektedir.1991'de morbidite hızı 4.7 (her 100.000 kişide) iken 2000 yılında 4.9'a yükselmiştir (55-56) . 2015 yılında Sağlam ve ark. ve Özer TT ve ark. 2011 Evlilik öncesi tarama testleri ilgili yaptığı çalışmada da sifiliz pozitifliği rastlanmamıştır (50).Bu çalışmamızda sifiliz pozitif hastaya rastlamadık. Bunu cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı toplumun bilgi tutum ve düzeyin artmasına, Sağlık Bakanlığının bu yönde yaptığı çalışmalara, tanısının ve tedavisinin günümüzde daha kolay olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

HIV genellikle sağlıklı taşıyıcılar tarafından bulaştırılmaktadır.Ülkemizde bildirim yapılmış 3.000'e yakın hasta olmasına rağmen, tahminen 10.000-20.000 HIV ile enfekte kişi olduğu tahmin edilmektedir (53).Ülkemizde; Avrupa, Amerika, Afrika ülkeleri ile

karşılaştırıldığında HIV düşük oranda görülmektedir. Kan yoluyla HIV bulaşımı da %3-5 oranındadır.

Dünyada 36 milyon insan HIV taşıyıcısıdır. Sağlam ve ark. 2015 yaptığı çalışmada 290 kişiden 2 (%0.7) kişide HIV pozitif olarak rastlanmış (25). Özer TT ve ark.yaptığı çalışmada 117 kişiden hiçbirinde HIV pozitifliğine rastlanmamıştır (50).Bu çalışmamızda evlilik için sağlık raporu almak için başvuran 176 kişiden HIV pozitif hastaya rastlamadık.Bunu HIV pozitif kişilerinin işe giriş sağlık raporu almak için başvuru yapmamaktan çekinmesinden, istenen tetkiklerle rahatsızlığının duyulacağı ve işe Kabul edilmeme ihtimalinin yüksek olması düşüncesinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Hemoglobinopati hastalıkları Türkiye’de önemli bir sağlık sorunu oluşturmaktadır.Evlilik raporlarında istenen tetkiklerden biri de hemoglobinopatilerin taranmasıdır.Talasemi taşıyıcılığı; Türkiye’de ortalama % 2,1,Çukurova ve Hatay’da %3, İçel ve çevresinde %3,1 ve Antalya’da %13.1 olarak belirlenmiştir (57-58).OHA taşıyıcılığı ise; Çukurova’da %10, Hatay’da %8,İçel ve çevresinde %6,1’dir (58-59). TürkHemoglobinopati Konseyinin hemoglobinopatilerin sık görüldüğü 16 yüksek riskli şehirlerdeki toplam 377.339 sağlıklı kişilerin tarama sonuçlarını değerlendirdiği çalışmada bu bölgelerdeki talasemi taşıyıcılığı %4,3 olarak bulunmuştur (30).

Güler ve ark. Kahramanmaraş ilinde evlilik öncesi hemoglobinopati taraması sonuçlarının Kahramanmaraş’ta talasemi taşıyıcılığı %2,35 ve OHA taşıyıcılığı %0,54 bulunmuştur (30).Sarper ve ark. 2009 yılında Marmara denizinin kuzey kıyısında kalabalık bir endüstri merkezi olan Kocaeli’de evlilik öncesi hemoglobinopati taraması ile ilgili çalışmada Toplam 88888 kişi taranmıştır.β-talasemi taşıyıcılığı sıklığı % 0,89, orak hücreli anemi taşıyıcılığı sıklığı % 0.05,homozigot hemoglobinopatili çocuğa sahip olma olasılığı olan çift oranı %0,01 bulunmuştur (61).

Bizim çalışmamızda evlenme öncesi başvuru yapanların %26,7(n=47) kişiden hemoglobin varyant analizi istemiş ve bunların %6,75 (n=3) kişide talasemi taşıyıcılığı tespit edildi ve sonuçlar mevcut çoğu çalışmalarla benzerdi.Bazı çalışmalarla farklı olmasının nedeni anormal hemoglobinlerin etnik yapı ve bölgeye göre değişmesinden olabilir.Kesin nedeni saptamak için ileri çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Tüberküloz (TB), erken saptanıp tedavi edilmediği takdirde mortalitesi yüksek, küresel epidemik bir hastalıktır. Dünya sağlık örgütü (DSÖ) verilerine göre 2012 yılı içinde 8,6 milyon insan tüberküloz hastalığına yakalanmış ve 1,3 milyon kişi bu hastalık nedeniyle ölmüştür (63). Türkiye, TB insidansı yüz binde 20'nin üzerinde olan (64), tüberküloz sıklığı orta düzeyde bir ülkedir. Özkara ve arkadaşları, 2002 yılında Türkiye'nin dört coğrafi bölgesine ait 9179 hasta verisini kapsayan bir çalışmada TB insidansını yüz binde 36,4 ve yeni olgu oranını %91,1 olarak bulmuşlardır (62).

Evlilik raporu verilirken karşılaşılan özel durumlardan biri de başvuru anında kadının gebe olması ve bu nedenle radyolojik tetkik yapılamamasıdır. Çalışmamızda evlilik raporu almak için başvuru yapan 176 kişiden ve işe giriş raporu için başvuru yapanlardan 333 kişiden akciğer grafisi istenmiştir. Tüberküloz düşündüren herhangi bir spesifik lezyona rastlanmamıştır. Bunu çalışmaya alınan kişilerin sayısının az olması sosyo kültürel seviyesi daha yüksek kişilerden oluşması ve tanıda PAAG tek başına yeterli olmamasına ve hasta olan kişinin o anda rapor almak için başvuru yapmamasına bağlı olduğu düşünüldü.

Evlilik öncesi danışmanlık ile ilgili 2010 yılında Omolase Charles Oluwale ve ark. güney-batı nijerya'da ulusal gençlik hizmet programı katılımcıları arasında evlilik öncesi genetik danışmanlık farkındalığı isimli çalışmada; Katılımcıların çoğunun evlilik öncesi genetik danışmanlığın farkında olduğu bulunmuştur 105 (%90,5). Bunların çoğunluğu sağlık personeli tarafından bilgilendirilmişlerdir 41 (%39). Katılımcıların çoğu evlilik öncesi genetik danışmanlığın yasallaştırılmasına destek vermektedir 95 (%81,9) (81).

Göz ve ark.'ları (14) 1994 yılında Ankara'da bir yemek fabrikası çalışanlarında yaptıkları portör taramasında HBsAg seropozitifliğini %6,7 olarak bulmuşlardır (41). KALAYCI ve ark. 2012 yılında Afyonkarahisar halk sağlığına portör muyanesi için başvuranlarda yaptığı çalışmada portörlerde HBsAg pozitifliği %1,9 olarak bulmuştur (41). Biz çalışmamızda işe giriş öncesi sağlık raporlarında ise %4 (n=10) olarak HBsAg pozitif olarak bulundu. Çalışmamızda portörlerde HBsAg pozitifliğinin yüksek çıkmasının nedeni değerlendirilmemiş kişi sayısının diğer çalışmalara göre daha az olmasından kaynaklandığı düşünüldü.

Gelişmekte olan ülkemizde parazit enfeksiyonları günümüzde hala önemini korumaktadır. Ülkemizin değişik yöre, okul ve sosyo-kültürel toplumlarında farklı zamanlarda ve farklı metotlarla yapılan çalışmalarda %1-91, %10-46,9 ve %36-96 gibi farklı oranlarda

parazit bulguları bildirilmiştir (65-66).Bu oran ülkenin sosyo-ekonomik yönden gelişmiş bölgeleriyle, gelişmemiş bölgeleri arasında ters orantı göstermektedir (67).

Gıda maddesi ile uğraşan, üreten, satan ve insanlar ile iç içe meslek icra eden esnafın portörlük açısından önemi vardır. Muhammet G.K. ve ark. 2007 yılında Van il merkezinde gıda sektöründe çalışan 739 kişinin 131'inde (%17,71) parazit saptanmıştır (65).Şimşekcan ve ark. (69)İzmir'de resmi ve özel kuruluşların mutfak çalışanlarından %12,2'sinde gıda ile ilgili esnaftan %11,6'sında,Yazar ve ark.(64) İzmir'de bir sanayi bölgesinin mutfak personeline bağırsak parazitlerinin %7,74-%11,11 arasında değiştiğini bildirmişlerdir.

Ünsal ve ark. (70) Eskişehir'de besin işleriyle uğraşan esnafın %13'ünde, Sümer ve ark. (65) Sivas'ta lokanta çalışanlarının %30,6'sında, Özbilge ve ark. (68) Şanlı- urfa'da gıda işinde çalışanların %66,6'sında, Kaplan ve ark. ise (67), Elazığ'da gıda ile ilgili meslek gruplarında %23,7 oranında bağırsak parazitine rastladıklarını bildirmişlerdir(65).

Brezilya'nın iki ayrı şehrindeki okul kantinlerinde çalışan aşçı ve yardımcılarında yapılan çalışmalarda %47,1 ve %17 (71). Mısır'da 1700 gıda işleyicisinin %19'unda, B.hominis ise %8,5 oranında (72), Venezuela'nın Bolivar eyaletinde 415 gıda işleyicisinin %36,1'inde B.hominis'e (71), rastlandığını bildirmişlerdir.Ayrıca Aral Akarsu ve ark.Ankara'daki 19 sağlık ocağında %12.96 oranlarında bağırsak paraziti tespit etmişlerdir (73). Pınar Fırat ve arkadaşlarının 2010 yılında devlet hastanesinde yaptığı Çalışmada ise incelenen 76 örneğin %40.8'inde pozitiflik saptanmıştır (73).

Ayçiçek ve ark. gülhane askeri tıp akademisi parazitoloji laboratuvarında 1996-2000 yılları arasındaki yapılan portör taramalarında bağırsak parazitolojilerinin dağılımı; 15392 kişinin 297'sinde (%5.5) paraziter etken bulunmuştur (74). Meryem M.Ö. ve arkadaşların 2014 yılında İstanbul Tıp fakültesinde Çalışan Sağlığı Polikliniğde işe giriş periyodik sağlık muayenesinde Çalışmaya katılan 108 yemek hizmetinde çalışan personelin 4'ünde (%3,7) barsak paraziti saptanmıştır (75).

Kurtoğlu ve ark 2007 yılında Van Yöresinde Gıda Sektörü Çalışanlarında Bağırsak Parazitlerinin Yaygınlığı çalışmasında 739 kişinin 131'inde (%17,71) parazit saptanmıştır. Ünsal ve ark. (65) Eskişehir'de besin işleriyle uğraşan esnafın %13'ünde, Sümer ve ark. Sivas'ta lokanta çalışanlarının %30,6'sında, Özbilge ve ark.Şanlıurfa'da gıda işinde çalışanların %66,6'sında, Kaplan ve ark. ise, Elazığ'da gıda ile ilgili meslek gruplarında %23,7 oranında bağırsak parazitine rastladıklarını bildirmişlerdir (65).

Mevcut portör tarama sisteminin bilimsel ilkeler temelinde yapılmadığı açıktır. Standart olmayan, hatta uygun olmayan yöntemler kullanılarak, gereksiz tetkikler yapılmaktadır. Portör taraması maliyet etkin değildir. Uygulanan portör testlerinin sensitivite ve spesifitesi düşüktür. S. aureus burun taşıyıcılığı ve streptokok-boğaz taşıyıcılığı normalde toplumda % 15-20 oranındadır. Akciğer tüberkülozuyla gıda ilişkili infeksiyonların ilişki bulunmamaktadır. Portör taraması ile aktif tüberküloz saptanma oranı düşük olup ve bunun maliyeti yüksektir. Hepatit B, HCV, HIV taramalarının gıda araçlı bulaşmayla ilgisi yoktur. Hepatit B taşıyıcısı olanın, gıda işinde çalışmasının engellenmesinin bilimsel ve yasal dayanağı yoktur.

Bizim çalışmamızda 131 kişiden gaita kültürü ve 65 kişiden gaita mikroskopisi alınmış olup hiç birinde üreme olmadı parazite rastlanmadı. Bunu çalışmamızın sosyoekonomik açıdan yüksek bir popülasyonda gelişmiş bir şehirde yapılmış olması ve çalışmamıza başvuru yapan kişilerde tetkiklerin daha işe başlamadan yani henüz etkene maruz kalmadan önce yapılmış olması ile ilgili olabilir.

Toplumda yapılan çalışmalarda asemptomatik S. Aureus burun taşıyıcılığının %40'lara ulaşımdır. Meryem M.Ö. ve arkadaşların 2014 yılında İstanbul Tıp fakültesinde Çalışan Sağlığı Polikliniğinde yaptığı çalışmada Burun kültür sonuçlarına göre örneklerin % 84,3 ünde (n=91) bir üreme olmazken ; %12 sinde (n=13) metisiline duyarlı S. aureus; %3,7 sinde (n=4) metisiline dirençli S. Aureus saptanmıştır. Boğaz kültürü sonuçlarına göre örneklerin %99 unda (n=107) bir üreme olmazken ;%1 inde (n=1) Grup A Beta Hemolitik Streptokok saptanmıştır (75).

Konuyla ilgili olarak Dünya Sağlık Örgütü ve Avrupa Birliği tarafından hazırlanan raporlar ülkemizde mevcut uygulamaların uygun olmadığını göstermektedir. Gıda sektöründe çalışanların portör muayeneleri konusunda Dünya Sağlık Örgütü'nün 1989 yılında yayınladığı "Gıda Sektöründe Çalışanlar İçin Sağlık Gözetim ve Denetim Danışmanlık Raporu" ilkeleri mevcut haliyle bir taramayı etkin olmadığı için önermemektedir. Bunun yerine ilgili raporda işe alma esnasında ve sonrasında sürekli hijyen eğitimi, hasta olanın tedavi edilmesi veya geçici olarak işten uzaklaştırılması gibi ilkeler önerilmektedir. Gıda ile bulaşan hastalıklarla ilgili sürveyans çalışmaları yapılmalıdır.

Gülbandılar ve ark.2009 yılında kütahya yöresinde burun mukozasındaki staphylococcus aureus taşıyıcılığının ve antibiyotik duyarlılığının araştırılması çalışmasında portör muayenesi için başvuran 3048 kişiden burun kültürü alınmış ve çalışmada burun taşıyıcısı olarak belirlenen toplam 217 kişinin 37 sini kadın çalışan(%17.05), 180'ini erkek

çalışan (% 82.9) oluşturmaktadır. Nazal taşıyıcılık oranı genel popülasyonda %10-40 arasında değişmektedir (76) .

Bizim çalışmamızda 226 kişiden burun kültürü ve 193 kişiden boğaz kültürü istendi. Boğaz kültüründe üreme saptanmadı. Burun kültüründe 18(%7,9) kişide burun kültüründe staf. Aureus üremesi oldu. Çalışmamızda staf. Aures taşıyıcılığının genel popülasyondan daha düşük saptanmasının nedeni çalışmaya alınan kişi sayısının yetersizliği ve işe girme öncesi yapılmış olmasından olduğu düşünüldü. Kişilerin işe başlamasından sonra işyeri hekimi tarafından yapılacak takiplerde, etkene maruziyer riskinin artması nedeniyle, bu rakamların literatürde olduğu gibi daha yüksek olacağını düşünmekteyiz.

Portör muayenesi 17.12.2011 tarihli resmi gazetede yayımlanan GIDA HİJYENİ YÖNETMELİĞİ'nin 21. maddesi gıda işkolunda çalışanlar için kaldırılmış olan portör muayenesinin yerini detaylı 'HİJYEN VE SANİTASYON' eğitimi verilmesi şartı getirilmiştir. Çalışan kişiler “dışkı-ağız” veya temas yoluyla bulaşan hastalıklardan birine yakalanırsa, durumu iş yeri sorumlusuna bildirmekle yükümlüdür. Bildirim sonrasında çalışan tetkik edilip tedavi edilir ve iyileşene kadar üretim ve satışta çalıştırılmaz.

Çalışmamızda da görüldüğü gibi işe giriş sağlık raporlarında kişinin yapacağı işle ilgili pekçok gereksiz tetkik istenmektedir. Başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere ilgili diğer bakanlıklar, kurum ve kuruluşlar işe giriş sağlık raporları için istenen tetkik ve muayeneler için kanıta dayalı, güncel ve geçerli klavuzlar oluşturmalı ve bu klavuzlar tüm yurttaki kullanılması zorunlu hale getirilerek gereksiz işlemler önlenmelidir. Sağlık Bakanlığı 02.11.2011 tarihli resmi gazetede yayımlanan 663 Nolu KHK.'nin değişik 126. Maddesinde belirtmiş olmasına rağmen halen işe girişlerde işyeri tarafından portör muayeneleri şart koşulmaktadır. Bu durumun önüne geçecek gerekli yazışmaların yapılması ilgili kurum ve kuruluşların uyarılması iş ve zaman kaybını engelleyecektir.

Kuzey Amerika Ürolojik Hastalıklar Projesi verilerine dayanarak İYE'nin yaşam boyu insidansı 100.000 erkekte 14.000 ve 100.000 kadında 53.000 şeklindedir. Aseptomatik bakteriüri sıklığı kadınlarda genç yaşlarda oran %3 , erkeklerde %0.1 gibi düşük iken; yaşlandıkça kadınlardaki oran artmaktadır. Dağlar ve arkadaşları bir yıllık sürede gelen 37767 idrar örneklerinden, 3171'inde(%8.3) üreme saptamışlardır. Deveci ve arkadaşları yaptıkları çalışmada bir yıllık süreçte 1.430 idrar kültürünün 483'ünde etken (%33.8) izole etmişler (77).

Bizim çalışmamızda işe girme öncesi sağlık raporu için başvuran 63 kişiden TİT istenmiş olup bunların %33 de (n=22) idrar yolu enfeksiyonu tespit edilmiştir. Erkek olanların sayısı 10 kadınlar sayısı 12 kişiydi. Çalışmamızda oranın yüksek çıkmasını kontaminasyon bağlı olduğu düşünmekteyiz.

Dünya sağlık örgütü (DSÖ) ölçütlerine göre dünyada 2.170 milyon kişi anemiktir (erkek, kadın ve çocuklar). Anemi prevalansı gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere göre yüksektir. Bu oran DSÖ'ye göre, Avrupa'da %14, Türkiye'de %25'tir. Çetin ve ark. 2009 yılında yaptığı çalışmada, çalışma grubunda anemi sıklığı %11.1 bulundu. Anemi sıklığı kadınlarda (%15.9) erkeklere (%6.1) göre daha yüksek bulunmuş (78).

Elife Eraslan ve ark. 2011 yılında yaptığı çalışmada adolesan kızlarda %4, erişkin dönemdeki kadınlarda %19,9, orta ve ileri yaş grubunda %4,7 olarak bulmuşlardır (79).

Bizim çalışmamızda işe giriş sağlık raporu için 257 kişiden %15,6 (n=40) anemisi mevcutdu. Anemi olanların %60 (n=24) kadınlar oluşturmuyordu. Çalışmamızda bulgular mevcut çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Bunu toplumda aneminin kadınlarda daha yüksek bulunmasıdır diye düşünüldü.

Erden ve ark. 2010 yılında poliklinik hastalarında B12 eksiklik düzeyini %4 oranında bulmuşlar. Yaş ilerledikçe bu oranın %40 ulaşmaktadır (80). Bizim çalışmamızda Vitamiz B12 düzeyi 28 hastadan istenmiş ve %46 sında (n=13) düşük olarak bulunmuştur. Bunu B12 vitaminden zengin diyetle beslenme eksikliği nedeniyle olduğu düşünüldü.

Çalışmamızın sonuçlarına göre iş yeri hekimliği ve iş güvenliği uygulanmasında problemler olduğu düşünüyoruz. Bunu yapılan çalışmalarda büyük kısmının işveren kaynaklı problemler, özlük haklarından ve işçilerden kaynaklı problemler ve işyeri hekiminin maddi doyumu, verdiği hizmetin yararına inanmadığı olduğunu görmekteyiz.

Çalışmamızda da görüldüğü gibi çoğu tetkikler uygun olmadığı halde istenmiştir. Bu konuyla ilgili gerekli tedbirler alınması gerekmektedir. İşe girişte istenen her tetkik kişinin işiyle ilgili olmalıdır. Uygun olmadığı halde kişilerden Anti HIV, Hepatit markerları ve VDRL istenmesi hem hasta haklarına aykırılık hemde kişilerde suçluluk duygusuna, ruhsal travmalara yol açabilir.

İlhan ve ark 2009 yılında temizlik işçilerinin sosyodemografik özellikleri ve çalışma koşulları ile iş kazası ve meslek hastalığı sıklığı ilgili yaptığı araştırmada Temizlik işçilerinin

%52.8'i çalıştığı yerde işyeri sağlık birimi, %50.7'si işyeri hekimi, %57.9'u işyerihemşiresi/sağlık memuru olmadığını belirtmiştir.%83.0'ü işe giriş muayenesi olmuş, %47.4'ü aralıklı kontrol muayenesi olmaktadır,%9.6'sı meslek hastalığı tanısı almış, %4.8'inde meslek hastalığına bağlı kalıcı sakatlık meydana gelmiştir (82).Yapılan çalışmalarda vurgulandığı gibi işe girişde kişinin hangi meslekte çalışacağı o mesleğe uygun olup olmamasının önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Kılıç ve ark. Narlıdere Bölgesi Sağlık Ocaklarında Verilen İşe Giriş Raporları ile ilgili yaptığı çalışmada On yedi sağlık ocağının 2001 yılı poliklinik defter kayıtlarının taranması ile toplam 2.634 sağlık raporu kaydı saptanmıştır.Buna göre yapılan poliklinik muayenelerinin %1'inde sağlık raporu düzenlenmiştir.Rapor örnekleri ile poliklinik kayıtları karşılaştırıldığında işe giriş raporlarının, sporcu lisans sağlık raporlarının, okul ve kreş kayıtları için gerekli sağlık raporlarının, genellikle "sağlık raporu" adı altında ayırım yapılmaksızın poliklinik defterine kayıt edildiği ve tüm raporlar için aynı formun kullanıldığı saptanmıştır. Poliklinik kayıtlarında verilen raporun özellikle "işe giriş raporu" olarak verildiğini belirtme durumu yalnızca üç sağlık ocağındaki 16 poliklinik kaydında saptanmıştır (%0.6) araştırma sonucunda bir yılda toplam 53 işe giriş raporu verildiği saptanmıştır olmaktadır.Bu sayı 262.386 poliklinik içinde %0.02; toplam 2634 sağlık raporu içinde ise %2 oranındadır (20).

Bir yıllık çalışmamızda raporların çoğunu işe giriş (n=2769, %76) sağlık raporu oluşturmaktaydı.Bu oran Kılıç ve ark.'nın yaptığı çalışmaya göre çok yüksektir..Bunu çalışmamıza alınan raporların düzenli dosyalanmasına ve işe giriş sağlık raporunun zorunlu hale getirilmiş olmasına ve sahada çalışan Aile Hekimlerinin işe giriş sağlık raporlarını vermek istememesi nedeniyle pek çok kişi hastanelerin Aile Hekimliği polikliniklerine yönelmektedir.

Kılıç ve ark.'nın yaptığı çalışmada Sağlık ocaklarında verilen raporların aylara göre dağılımı incelendiğinde, en az Şubat ayında (127 adet), en çok Eylül ayında (530adet) rapor verildiği saptanmıştır.Bizim çalışmamızda da benzer şekilde en az Şubat ayında (n=305, %6), en çok Eylül ayında (n=573,%11) rapor verildiği saptanmıştır.Her iki çalışmada benzer sonuçların olmasını okuldan mezuniyetlerin ve işe girişlerin daha çok eylül ayında olması ile açıklayabiliriz (20).

Kılıç ve ark.'nın yaptığı çalışmada laboratuvar incelemesi isteme oranı %30'lara düşmekte ve laboratuvar incelemeleri çoğunlukla portör muayenesi için yapılmaktadır.Laboratuvar incelemesi isteyen 17 hekimin 12'si bunu portör muayenesi için istediğini belirtmiştir.Ayrıca üç hekim hemogram, iki hekim akciğer grafisi, birer hekim de tam idrar ve EKG istediğini belirtmiştir (20).

Bizim çalışmamızda İşe giriş sağlık raporu için istenen tetkikleri değerlendirdiğimizde en çok istenen tetkik %12 (n:333) ile Akciğer grafisiydi.Boğaz,burun,gaita kültürü ve gaita mikroskobisi istenen tetkiklerin%21,56 (n=597) oluşturdu .Ancak kültürler ayri ayri değerlendirildiğinde oranlar düştüğü için 2. sırada en çok istenen tetkik HbSAg olmuştur (%.11;n=267).İki çalışma arasındaki farklılığın bizim çalışmamız kişi sayısının fazla olması ve günümüzde istenen tetkiklerin çoğuna artık hekim yerine iş yerinin istemesi nedeniyle bilinçsiz ve gereksiz bir çok tetkikin istenmesinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Koçak ve ark. 2008 yılında yaptığı çalışmada Acil Servise Başvuran Motosiklet ve Bisiklet Kazalarının %60 'nın sürücü belgesi olmadığını bulmuşlar (83).Kâlyoncuoğlunun Sürücü niteliklerinin trafik kazalarına etkisi adlı çalışmada erkek sürücülerin.kadın sürücülere göre daha fazla trafik kazasına karıştıklarını bulmuştur. Bu durumda erkek sürücülerin kişilik yapılarının incelenerek kazaya neden olabilecek özellikleri belirlenmeli, trafik açısından olumsuz kişilik yapısına sahip sürücüler için güvenlik programları düzenlenmeli, psikoteknik uygulanmalı ve bu programların yararlı olmadığı saptandığı takdirde de sürücü belgelerine el konulmalıdır.(84) İnsan hataları trafikte çeşitli şekillerde karşımıza çıkmaktadır. Türkoğlu ve ark. 2002 yılında yaptıkları çalışmada, yaklaşık olarak %40 karar verme hataları, %45 tanıma/algılama hataları, %8,6 performans/kabiliyet hatası, %13 ise kritik performans/becerememe/başaramama hatalarının insan unsurunda etken olduğu görülmektedir (83).

Yıkılkan ve ark. 2012 yılında Dışkapı Yıldırım Beyazıd eğitim araştırma hastanesi evde sağlık biriminde yaptığı çalışmada en sık başvuru nedeni ilaç raporu yenileme 2. sık olarak bez raporu yenileme olarak bulmuşlardır.

İlaç raporlarında en sık tanılar sırasıyla HT(%31), İnme(%19,3), Alzhemier(%18,8), DM(%10,8) olarak bulunmuş.Alt bezi raporu için en sık tanı %38,8 üriner inkontinans ve %31 ile fekal inkontinans olarak belirtmişlerdir.

Çalışmamızda ilaç raporlarının tanısı incelendiğinde, en sık kullanılan tanı %34 (n=114) ile Esansiyel Hipertansiyondu, 2. sık %19 (n=19) DM, 3.sık %17 (n=56) ile Hiperlipidemi bulundu. Alt bağlama bezi raporları ise en fazla (%32; n:180) Üriner inkontinans nedeniyle verilmekteydi.Sonuçlarımız mevcut çalışmalarla benzer olup bu konuda ülkemizde yapılan çalışmalar yetersizdir (84).



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bildiği üzere,iş kazaları ve meslek hastalıkları alınacak önlemlerle büyük ölçüde engellene bilmektedir.İşe giriş başvurularında istenen pek çok tetkikin çalışılacak sektörle ilişkisi olmayıp bu durum hem iş yükünü hem de sağlık sisteminde ekonomik kayıpları arttırmaktadır İşe giriş sağlık raporunda sadece riskli meslek gurubunda yapacağı işin riskleri ve özellikleriyle ilgili tetkik istenmesi uygun olacaktır. İşe girişde en önemli unsur fizik muayane ve öykü olmalıdır. İşe giriş öncesi yeterli düzeyde eğitim ve danışmanlık verilmeli ve işe girecek kişiler sadece o işe uygunsa sağlık raporu verilmelidir.

İstenecek tetkikler kişinin yapacağı işle ilgili ve amacına uygun olmalıdır. Sadece çalışacağı işe uygun gerekli tetkik istenmesi kişinin iş güvenliği kadar maliyet yönünden de önemlidir. Özellikle hekim tarafında gerekli görülmeyen, kişinin yapacağı işle uyumsuz iş için başvuran her bireyden aynı tetkik istenmesi uygun değildir. Çünkü gereksiz istenen her tetkik hem sağlık kaynaklarının yanlış kullanımına hem de hekim için iş gücü kaybına neden olmaktadır.

Çoğu meslek hastalığının tanısında fizik muayane ve öykünün yeterli olacağı, laboratuvar yöntemlerine ancak şüpheli durumlarda başvurulacağı bilinmektedir. Bu konuda işverenler ve kurumların insan kaynakları birimleri bilgilendirilmelidir. İşe giren personelin periyodik sağlık muayeneleri işyeri hekimi tarafından yapılacağı için işe giriş sağlık raporlarında asıl dikkat edilmesi gereken konu kişinin adı geçen işe fiziksel ve ruhsal olarak uygun olup olmadığıdır. Daha sonra ise çalışanın sağlık sorumluluğu işyeri hekimine ait olup güvenli iş ortamı, riklerine göre yapılandırılmış periyodik sağlık muayeneleri ve sağlık eğitimi kurum hekimi tarafından yapılmalıdır.Bu nedenle iş yerlerinde yeterli sayıda iş yeri hekimi ve iş yeri güvenliği uzmanı bulundurulması ve sağlık konusunda etkili denetim mekanizmasının işletilmesi önemlidir.

Evlilik için istenen sağlık raporu günümüzde önemi artan bulaşıcı hastalıklar ve genetik geçişli hastalıklarla ilgili danışmanlık hizmeti verilmesi için fırsat olarak değerlendirilmeli ve eş adayları olası riskler, hastalıkların sonuçları ve korunma yolları konusunda bilinçlendirilmelidir.Bu konuda en önemli görev Aile Hekimlerine düşmektedir.Ancak toplanan bilgilerin sahada veri tabanı oluşturma, tedavi planlama ve izleme ilgili olarak değerlendirilip değerlendirilmediği bilinmemekte bu durumda önemli bir kaynak sarfiyatı gündeme gelmektedir.Elde edilen verilerin ‘kişilerin hakları korunarak’ bir veri havuzunda

toplanması, gereği halinde danışmanlık hizmetinin güncellenmesi, varsa tedavinin izlenmesi sağlıklı toplum oluşturma yolunda en gerekli ve çağdaş yaklaşımlardan biridir.

Kişilerin hastalıklarını gereksiz yere ortaya çıkaran ve bu şekilde bireylerde ruhsal olarak travma yaratan tetkiklerin gereksiz tetkiklerin önüne geçmek, hekimlerin işgücü kaybini azaltmak, sağlık ekonomisine olumsuz etkileri en aza indirmek için sağlık bakanlığı kurum ve kuruluşlarla gerekli bağlantıya geçmeli, başta işe giriş sağlık raporları olmak üzere tüm raporlarda standartizasyon sağlamalı ve birinci basamak hekimlerine çok büyük yük ve sorumluluk getiren bu durumu doğru yasal temellere oturtmalıdır



7. KAYNAKLAR

- 1) Yunus Emre ÖZTÜRK, Ramazan KIRAÇ işverenin ve çalışanın iş sağlığı ve güvenliği konusundaki sorumluluğunun hemşireler açısından değerlendirilmesi ;20.11.2014-22.11.2014 tarihleri arasında ‘V.Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi’201-12
- 2) Durdu, A. (2006) İşçi Sağlığı Ve İş Güvenliği Düzenlemeleri İle İlgili İş görenlerin Tutumlarını Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma,276-11.
- 3) Yavuz, E. (2009) Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İş Sağlığı Ve İş Güvenliği Durumlarının İncelenmesi 165-23.
- 4) Dizdar,2002:98 akt; Öztürk ve ark,2012:254 Babacan, E., Özdaş Anahar,E. (2012) Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin İş Güvenliği 123-26
- 5) Sadullah,1998:396; akt: Akkaya,2007:3-4Avrupa Birliği Ve Türk Mevzuatı Açısından Sağlık Kuruluşlarında İş Sağlığı, İş Güvenliği, Meslek Hastalıkları Ve Bir Araştırma 1998:396;
- 6) Bıyıkçı, 2010:38 , E.T. (2010) İş Sağlığı Ve Güvenliğinin Sağlanmasında İş Güvenliği Uzmanlığı 2010:38
- 7) Resul BUĞDAYCI ve ark. 2002 İçel ilinde işyeri hekimliği uygulamaları;mesleki sağlık ve güvenlik dergisi No: 68/12
- 8) İşyerleri Çalışma Ortam Ve Koşulları, Rakamlarla İşyerlerinde Tükenen Yaşam -2, Petrol-İş Yayın No: 48, Temmuz1998.
- 9) Bilir N. Türkiye'de İş Sağlığı Konusuna Tarihsel Bakış,Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayın No: 98/12, Ağustos 1998.
- 10) Saltık A. Sağlıklı yaşama, çalışma ve çağdaş işyeri hekimliği 3. Ulusal İşçi Sağlığı Kongresi, 1998 ANKARA, Kongre Kitabı:s373-81.
- 11) Mustafa N. İLHAN 2006: 20 (6): 433 – 439 Temizlik İşçilerinin Sosyodemografik Özellikleri ve Çalışma Koşulları ile İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sıklığı, F.Ü. Sağ. Bil. Derg. 433 – 439

- 12) SSK Genel Müdürlüğü, Sosyal Sigortalar Kurumu 2004 Faaliyet Raporu.
- 13) Zencir M., Özalın S., Kamalı B., Ege Tekstil Fabrikası İşçilerinin İş Kazası ve Meslek Hastalıkları Konusunda Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi, 4. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Bildirileri Kitabı, s: 509-11, Didim, 1994.
- 14) İş Kanunu. , T.C. Resmi Gazete, Yayın Tarihi ve Sayı:10.06.2003-25134.
- 15) 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu <http://www.csgb.gov.tr>
- 16) Oktay COŞKUN Şubat 2014 Ahşap Ve Mobilya Atölyelerinde İş Sağlığı Ve Güvenliği Yeni Yüzyıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü s.94-126
- 17) Akgün M., Arslanoğlu A., Dağlı G., (2011) “Merkezi Sterilizasyon Ünitesinde Çalışan Güvenliği” III. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Sözel Bildiriler Kitabı, s.92-106, Ankara
- 18) Alpsyoy L., Çolak M., (2013), “6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu”, Denetler Yayıncılık, İzmir. <http://www.csgb.gov.tr>
- 19) Özlem ÖZKAN, Oya Nuran Emiroğlu Hastane Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşçi Sağlığı Ve İş Güvenliği Hizmetleri C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006,10 (3).
- 20) Bülent Kılıç ve ark. Narlıdere Bölgesi Sağlık Ocaklarında Verilen İşe Giriş Raporları 22-24 Mart 2002 tarihinde İzmir'de II. Ulusal İş Sağlığı Günleri'nde sözel bildiri, sted 2002 • cilt 11 • sayı 10 • 387.
- 21) Ağır ve Tehlikeli İşler Tüzüğü, Resmi Gazete sayı:14502, 9 Nisan 1973, Madde 3.3 <http://www.csgb.gov.tr>
- 22) Sosyal Sigortalar Kurumu "SSK İstatistik Yıllığı 2001", SSK yayınları, Ankara, 2002
- 23) 1593 Sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu, Resmi Gazetesayı:1489, 6 Mayıs 1930,Madde 180.

- 24) Biagi M., "Consultation and information on health and safety in ILO Encyclopedia of Occupational Health and Safety", ILO Geneva 1998; Vol 1:21.1-21.37.
- 25) Yıldırım EB ve ark. Aile Hekimliği Polikliniğine Evlilik Raporu İçin Başvuran Bireylerin Değerlendirilmesi Konuralp Tıp Dergisi 2015;7(2):99-102 2013 Aile Hekimliği Güz Okulu'nda poster bildirisi.
- 26) Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 24.04.1930 Sayısı:1593 R.G. Tarihi:06.05.1930 R.G. Sayısı:1489, İkinci Bap, Yedinci Fesıl. Md: 123, 124.
- 27) Türk Medeni Kanunu Kanun no:4721 Tarih:22.11.2001 Md: 136.
- 28) Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, Tarih: 25.01.2013 Sayı: 28539, Bölüm 2; Md:4 bend:L.
- 29) Yücel Ö. Evlilik öncesi Muayene ve Testlerin Hukuksal Niteliği. Adli Bilimler Dergisi 2009;8(4):37-47.
- 30) Ekrem Güler Kahramanmaraş İlinde Evlilik Öncesi Hemoglobülinopati Taraması Sonuçlarının Değerlendirilmesi TAF Preventive Medicine Bulletin, 2008: 7(3).
- 31) Akıntürk, T. Türk Medeni Hukuku İkinci Cilt Aile Hukuku, 8. Bası, İstanbul 2003: 73-74,76.
- 32) Dural M, Öğüz T, Gümüş MA. Türk Özel Hukuku Cilt III Aile Hukuku, 2. Bası, İstanbul 2008: 58, 60.
- 33) Öztan B. Aile Hukuku, 5. Bası, Ankara 2004: 121 www.sgk.gov.tr
- 34) S.G.K. Sağlık Uygulama Tebliği (S.U.T) ,2015. www.sgk.gov.tr
- 35) S.G.K. SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ (S.U.T) Madde 7.3.2. Hasta alt bezi ve çocuk alt bezi yönetmeliği,2015.
- 36) İçişleri Bakanlığında: Sürücü Adayları Ve Sürücülerde Aranacak Sağlık Şartları İle Muayenelerine Dair Yönetmelik.

- 37)Unat EK., Temel Mikrobiyoloji, 3. baskı, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, Yayın No (Üniversite: 4018, Fakülte: 207); İstanbul, 1997: 235-7.
- 38)Health Surveillance and Management Procedures for Food-Handling Personnel WHO Technical Report Series 785 WHO Geneva 1989.
- 39)Tirado C., Schmidt K., WHO Surveillance programme for control of foodborne infections and intoxications: preliminary results and trends across greater Europe. Journal of Infection, 2001; 43: 80-84.
- 40)Tosun SY., Enfeksiyon hastalıkları yönünden hedefe yönelik taramalar: Gıda çalışanları, 1. EKMUD Kongresi (24-28 Ekim 2007), Kongre Kitabı, Ankara, 2007: 68-75.
- 41)Raike KALAYCI ve ark. Halk Sağlığı Laboratuvarına Başvuran Portörlerde HBsAg Sıklığı, Viral Hepatitis Journal 2012; 18(1): 57-9.
- 42)Umumi Hıfzıssıhha Kanunu GENELGE 2014/29 İlgil: 30.05.2011 Tarih Ve 23874 (2011/39) Sayılı Genelge.
- 43) Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu(2006/5510). www.sgk.gov.tr
- 44)Mustafa Çelik Ve Ark. Kahramanmaraş Sütcü İmam Üniversitesi Hastanesi Check-Up Polikliniğine Başvuran Kişilerde Hepatit B Seroprevalansı ,Gaziantep Tıp Dergisi 2007,1:26,27
- 45) Bodur S. Ülkemizde viral heapatitlerin durumu (VHSD raporu).Ankara 1994:15-37.
- 46)Custer B, Sullivan SD, Hazlet TK, Iloeje U, Veenstra DL, Kowdley KV. Global epidemiology of hepatitis B virus. J Clin Gastroenterol. 2004;38(suppl 3): S158-68.
- 47)Özdoğan OC. Türk Karaciğer Araştırmaları Derneği Ulusal Hepatit Sıklığı Çalışması. TÜRKHEP 2010.
- 48) Akarca US. B- Hepatiti klinik Aktüel Tıp Dergisi Mayıs 1997 2;3 134-142.
- 49) Ayşe İNCI Artvin Devlet Hastanesi'ne Başvuran Hastalarda HBsAg, Anti-HBs, Anti-HCV ve Anti-HIV Seroprevalansı Viral Hepatitis Journal 2013 19(1): 41-4).
- 50)Özer TT, Yula E, Deveci Ö, Yanık K, Durmaz S, Tekin A. Evlilik öncesi yapılan tarama testi sonuçlarının değerlendirilmesi. Klinik ve Deneysel Araştırmalar Dergisi 2011;2(3):292-4.
- 51)Barut HŞ, Günal O. Dünyada ve Ülkemizde Hepatit C Epidemiyolojisi. Klinik Dergisi 2009;22(2):38-43.

- 52) Nohutçu NZ. Birinci basamakta önleme çalışmaları: Başarılarımız ve yetersizliklerimiz, Türk HIV (AIDS) Dergisi 2006;9(3):173-8.
- 53) Tabak F. HIV enfeksiyonu ve kronik hepatitler. Tabak F, Balık İ, Tekeli E (editörler). Viral Hepatit 2007. 1. baskı. İstanbul: Viral Hepatitle Savaşım Derneği, 2007.
- 54) Işık Balcı Y, Polat Y, Övet G, Karabulut A, Göncü F, Yıldırım K. Denizli Devlet Hastanesi Kan Bankası'na başvuran kan vericilerin HBsAg, Anti-HCV, Anti-HIV VE VDRL tarama sonuçlarının değerlendirilmesi. İnfeksiyon Dergisi 2009;23(3):117-9.
- 55) Ağaçfıdan A, Akın L, Altan P. Türkiye'de Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar (CYBE) ve HIV/AIDS'in Sürveyans Sistemine İlişkin Durum Analizi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2007.
- 56) Tezcan S. Türkiye'de HIV/AIDS ve diğer CYBE Epidemiyolojisi. Turizm Sağlığı Paneli, T.C. Sağlık Bakanlığı, TSH Genel Müdürlüğü, Antalya, 25-27 Mayıs 2000.
- 57) Akar N, Ağaoglu L, Altay Ç. (THD-Hemoglobinopati Çalışma Grubu) Türkiye ulusal hemoglobinopati kayıtları-1998. XXV.Ulusal Hematoloji Kongresi. Ankara: 1998.
- 58) Kılınç M, Koçak F, Yüreğir G, Aksoy K. İçel ilinde Orak Hücre Anemisi ve beta Talasemi Taşıyıcılık Sıklığı. ÇÜ Tıp Fak Derg.1999; 24: 62-5.
- 59) Gali E, Polat G, Doğdu Ö, Akgöl M, Parlar A, Yüreğir G. Hatay İlinde Evlilik Öncesi Hemoglobinopati Taraması Sonuçlarının Değerlendirilmesi. MEÜ Tıp Fak Derg. 2001; 3: 305-10.
- 60) Tadmouri GO, Tüzmen Ş, Özçelik H, Özer A, Baig SM, Senga EB, Başak AN. Molecular and Population Genetic Analyses of β -thalassemia in Turkey. Am J Hematol. 1998; 57: 215-20.
- 61) Nazan Sarper ve ark. Premarital hemoglobinopathy screening in Kocaeli, Turkey: a crowded industrial center on the north coast of Marmara Sea Turk J Hematol 2009; 26: 62-6
- 62) Mahşuk Taylan Diyarbakır ilinin 2005-2010 yılları arasındaki tüberküloz kontrol durumu Dicle Tıp Dergisi 2015; 42 (2): 227-234.
- 63) DSÖ Küresel tüberküloz raporu (World Health Organization Global tuberculosis report); 2013.
- 64) Musa onbaşıoğlu, S. Türkiyede verem savaşı 2012 raporu. TC Sağlık Bakanlığı Verem Savaşı Daire Başkanlığı, Ankara, 2012.

- 65) Muhammet Güzel KURTOĞLU Van Yöresinde Gıda Sektörü Çalışanlarında Bağırsak Parazitlerinin Yaygınlığı Türkiye Parazitoloji Dergisi, 31 (4): 309-312, 2007.
- 66) Kaplan M, Kuk S, Şahin İ, Güler M, Özel E, Kalkan A, 2002. Elazığ il merkezinde gıda ile ilgili meslek gruplarında bağırsak parazitlerinin görülme sıklığı. Türkiye Parazitol Derg, 26: 299-302.
- 67) Özcel MA, Altıntaş N, 1997. Parazit Hastalıklarında Tanı. OkÜZ, Girginkardeşler N, Kilimcioğlu A, Limoncu E, Dışkı İnceleme Yöntemleri. Türkiye Parazitoloji Derneği Yayın No:15, 1.Baskı, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir. s.45-50.
- 68) Yazar S, Altıntaş N, Şakrû N, Yolasıgmaz A, 1999. Kemalpaşa organize sanayi bölgesi (KOSBİ)'nde çalışan mutfak personelinde bağırsak parazitlerinin araştırılması ve iki yıl önceki durumla karşılaştırılması. Türkiye Parazitol Derg, 23: 53-55.
- 69) Şimşekcan D, Toker R, Ersöz V, Çoşkun Ş, Keskin M, 1991.İzmir ilinde resmi ve özel kuruluşlara ait 327 mutfak personelindebağırsak parazitlerinin araştırılması. Türkiye Parazitol Derg,15: 67-74.
- 70) Ünsal A, Metintaş S, Işıklı B, Kiraz N, Sarıboyacı MA, 1998.Eskişehir il merkezinde besin işleri ile uğraşan esnafta bağırsak parazitlerinin görülme sıklığı. Türkiye Parazitol Derg, 22: 391-394.
- 71) Requena I, Hernandez Y, Ramsay M, Salazar C, Devera R,2004. prevalence of Blastocystis hominis among food handlers from Caroni municipality, Bolivar State, Venezuela. Cad Saude Publica, 19: 1721-1727.
- 72) Sadek Y, el-Fakahany AF, Lashin AH, el-Salam FA, 1997.Intestinal parasites among food-handlers in Qalyobia Governorate, with reference to the pathogenic parasite Blastocystic hominis. J Egypt Soc Parasitol, 27: 471-478.
- 73) Pınar Fırat ve ark. Bir Devlet hastanesi çalışanlarında bağırsak parazitlerinin görülme sıklığı Dicle Tıp Dergisi Cilt / Vol 37, No 3, 267-271.
- 74) Hasan Ayçiçek Gülhane Askeri Tıp Akademisi Parazitoloji Laboratuvarında 1996-2000 Yılları Arasındaki Yapılan Portör Taramalarında Bağırsak Parazitolojilerinin Dağılımı Cilt 57, No 3, S : 157 - 160türk Hij Den Biyol Derg 2000.
- 75) Meyrem Merve Ören Ve Ark. Bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Gıda Çalışanlarının Periyodik Sağlık Taramalarının Değerlendirilmesi İst Tıp Fak Derg 2014; 77: 4.

- 76) Aysel Gülbandılar Kütahya Yöresinde Burun Mukozasındaki Staphylococcus Aureus Taşıyıcılığının Ve Antibiyotik Duyarlılığının Araştırılması DPÜ Fen Bilimleri Dergisi Sayı 18, Nisan 2009.
- 77) Ece Terek G. Bir Üniversite Hastanesine Gönderilen İdrar Kültürlerinde Üreyen İzolatların Dağılımı Ve Antimikrobiyal Duyarlılık Profiline İncelenmesi Ege Tıp Dergisi / Ege Journal Of Medicine 2013;52(3):136-140.
- 78) İlhan CETİN, The Investigation Of Some Hematological Values And Anemia Prevalence In Adult Population Of Tokat Province Uluslararası HEMATOLOJİ-ONKOLOJİ DERGİSİ Number: 3 Cilt / Volume: 19 / Year: 2009.
- 79) Elife ERARSLAN Erişkin Kadın ve Erkekler ile Menopoz Öncesi ve Sonrası Kadınlar Arasında Demir Eksikliği Anemisi Sıklığının Karşılaştırılması Yeni Tıp Dergisi 2011;28(2):109-112.
- 80) Sacide ERDEN ve ark. The Properties of Vitamin B12 Deficiency in the Patients of an Outpatient Clinic Türkiye Klinikleri J Med Sci 2010;30(6).
- 81) Omolase Charles Oluwole Güney-Batı Nijerya'da Ulusal Gençlik Hizmet Programı Katılımcıları Arasında Evlilik Öncesi Genetik Danışmanlık Farkındalığı TAF Preventive Medicine Bulletin, 2010: 9(6).
- 82) İLHAN M. N. ve Ark. Temizlik İşçilerinin Sosyodemografik Özellikleri ve Çalışma Koşulları ile İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sıklığı F.Ü. Sağ. Bil. Derg. Cilt : 20, Sayı : 6 Aralık 2006.
- 83) Sedat KOÇAK, Acil Servise Başvuran Motosiklet ve Bisiklet Kazası Olgularının Karakteristikleri EYLÜL 2010 10:3 TÜRKİYE ACİL TIP DERGİSİ Ali TÜRKÖĞLU, Osman ELDOĞAN TRAFİK KAZALARINDA İNSAN FAKTÖRÜ SAU Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi 6.Cilt 3.Sayı (Eylül 2002).
- 84) Hülya Yıkılkan Ve Ark. 2012, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bir Üçüncü Basamak Evde Sağlık Hizmetleri Merkezi Örneği; Başvuru Nedenleri Ve Konsültasyon Durumları Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi 2013,20:322.

8.RAPOR ÖRNEKLERİ

Türk Eczacılar Birliğine

Kurum Amblemi

.....İLİTOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ

....AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİ

Sağlık Bakanlığı
Amblemi

DURUM BİLDİRİR TEK HEKİM SAĞLIK RAPORU

VERİLME NEDENİ:

SPOR LİSANSI YİVSİZ AV TÜFEĞİ AKLI MELEKE
KURUM VE KURULUŞLARA (Okul, Yurt vb.) VERİLMEK ÜZERE

BAŞVURU SAHİBİNİN:

Adı ve Soyadı:	T.C. Kimlik Numarası:
Baba Adı:	Cinsiyeti:
Doğum Tarihi:	Tel:
Kurumu ve Görevi:	Online Protokol No:
Rapor Tarihi:	Rapor No:
Adres:	

ICD KODU VE TANI(LAR):

AKLİ MELEKE RAPORU İÇİN MINI MENTAL TEST SONUCU:

KARAR :



Yukarıda bilgileri bulunan şahsın düzenlemiş olduğu bilgi formu ve _____ tarihinde yapılan fizik muayenesi sonucunda engel bir durumu olmadığını bildirir hekim kanaat raporudur.



Yukarıda bilgileri bulunan şahsın düzenlemiş olduğu bilgi formu ve _____ tarihinde yapılan fizik muayenesi sonucunda ileri tetkik için üst basamak bir sağlık kuruluşunda değerlendirilmesi uygundur.

HEKİM-KAŞE-İMZA

Hastane
Amblemi/Kuru
m Amblemi

..... HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ/

Sağlık
Bakanlığı
Birimleri için

.....MESUL MÜDÜRLÜĞÜ/

..... İLİTOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ.....AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİ

İLAÇ KULLANIM RAPORU

BAŞVURU SAHİBİNİN:	
Adı-Soyadı:	T.C. Kimlik No:
Baba Adı:	Muayene Tarihi:
Doğum Tarihi:	Poliklinik:
Sosyal Güvencesi/ Kurumu:	Online Protokol No:
Sicil No:	Rapor No:
GSS Provizyon No:	Rapor Başlangıç ve Bitiş Tarihi:
Adres:	

ICD KODU VE TANI(LAR)*:

İLAÇLAR** :

Hastanın yukarıda belirtilen hastalığı ile ilgili sıralanan etken maddeli ilaçlarını süre ile kullanması gerekmektedir.

HEKİM-KAŞE-İMZA	HEKİM-KAŞE-İMZA	HEKİM-KAŞE-İMZA

Açıklama:

* Tebliğ eki “Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesine (Ek-4/D) uygun olmayan tanı ve ilaç eşleşmelerinde hastaya reçete edilen ilaçlar, katkı payından muaf olmayacaktır.

** İlaçların etken madde ismi yazılacaktır.

*** Hekim sayısı ilacın niteliğine göre belirlenecek olup, hekim imza adedi daha az veya fazla olabilir. (Tek hekimle düzenlenecek raporlarda bir hekimin kaşe ve imzası yeterli kabul edilecektir.)

Hastane Amblemi/Kuru m Amblemi

..... HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ/

Sağlık Bakanlığı Birimleri için Bakanlık
--

.....MESUL MÜDÜRLÜĞÜ/

.....İLİTOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİ

TIBBİ MALZEME RAPORU

BAŞVURU SAHİBİNİN:	
Adı-Soyadı:	T.C. Kimlik No:
Baba Adı:	Muayene Tarihi:
Doğum Tarihi:	Poliklinik:
Sosyal Güvencesi/ Kurumu:	Online Protokol No:
Sicil No:	Rapor No:
GSS Provizyon No:	Rapor Başlangıç ve Bitiş Tarihi:
Adres:	

ICD KODU VE TANI(LAR):

KARAR :

Hastanın yukarıda belirtilen hastalığı ile ilgili sıralanan malzemeyi süre ile kullanması gerekmektedir.

*

HEKİM-KAŞE-İMZA	HEKİM-KAŞE-İMZA	HEKİM-KAŞE-İMZA

Açıklama:

*Hekim sayısı tıbbi malzemenin niteliğine göre belirlenecek olup, hekim imza adedi daha az veya fazla olabilir. (Tek hekimle düzenlenecek raporlarda bir hekimin kaşe ve imzası yeterli kabul edilecektir.)

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Abdullah Ozan POLAT

Doğum Tarihi Ve Yeri : 1987, Gaziantep

Adres : Çelitepe mah.Köprülü sokak
no:16/5Kağıthane/ İstanbul

Telefon: 5067600327

E-posta: ozanpolat1987@gmail.com

Mezun Olduğu Tıp Fakültesi: Kafkas Üniversitesi; 2004-2010

Görev Yerleri:

2010- 2010: Hasan Fattum Kafadar Sağlık
ocağı/Gaziantep

2011- 2013: 25 Aralık Devlet Hastanesi Acil
Hekimliği /Gaziantep

2012: Şehitkamil Devlet Hastanesi Acil Hekimliği
/Gaziantep (Geçici görevlendirme)

2012:Nizip Devlet Hastanesi Acil Hekimliği/
Gaziantep (Geçici görevlendirme)

İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Ve Araştırma

Dernek Üyelikleri: TAHUD

Yabancı Dil: İngilizce