



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ**



**ANKARA İLİ MERKEZİNDE GÖREV YAPAN AİLE HEKİMLERİNİN,
BİLDİRİMİ ZORUNLU BULAŞICI HASTALIKLAR VE BİLDİRİM
SİSTEMİ HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYİ VE DAVRANIŞLARI**

Dr. Yağmur Murat CEZAROĞLU

**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Ayşe Gülsen CEYHUN PEKER

**ANKARA
2016**

KABUL VE ONAY

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN	
Adı, Soyadı	: Yağmur Murat CEZAROĞLU
Anabilim/Bilim Dalı	: Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Tez Danışmanı	:Yrd.Doç. Dr. A.Gülşen CEYHUN PEKER
Sınav tarihi: 15 / 06/ 2016	

II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
Tezin Başlığı: Ankara İli Merkezinde Seçilen Aile Sağlığı Merkezlerinde Görev Yapan Aile Hekimlerinin, Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar Hakkında Bilgi Düzeyleri ve Farkındalıkları.	
Tezin Niteliği:	☒ Ana Dal Uzmanlık Tezi ☐ Yan Dal Uzmanlık Tezi
Kaçıncı tez sınavı olduğu:	☒ 1 ☐ 2 ☐ 3

III. KARAR	
Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak	
☒ Kabulüne	
☐ Reddine	
☐ Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine	
☒ Oy birliği ☐ Oy çokluğu ile karar verilmiştir.	

IV. AÇIKLAMALAR	
Lütfen, tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız	

Jüri Başkanı

Yrd.Doç.A.Selda TEKİNER
Ankara Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi

Jüri Üyesi

Prof.Dr.Altuğ KUT
Başkent Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi

Jüri Üyesi

Yrd.Doç.Dr.A.Gülşen CEYHUN PEKER
Ankara Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Öğretim Üyesi

ÖN SÖZ

Montaigne'nin aklıyla söyleşi yaptığı öz anlatısı "Denemeler" adlı eserinde; "Gerçek nedir? Gerçek benim!" diye okuduğum anda düşünüp sorgulamanın, gerçeği aramanın kapısını ardına kadar açmış, karşılaştığım gerçeğin büyüüne kapılmıştım. "Kanıtın yokluğu, yokluğun kanıtı değildir." özdeyişinin sahibi Carl Sagan; hepimizin dünyaya bilim adamı olarak geldiğini, sadece özgür düşünen, korkusuzca merak eden, soru sorma ve cevap arama nefsinin köreltmeyen çocukların bilim adamı olarak kalabildiğinden bahseder. İnsanlığın var oluş süresi; 13,7 milyar yıllık evrenin kozmik takviminde, yalnızca son 8 dakikayı kapsamaktadır. *Homo sapiens (Akıllı İnsan)* olarak neslimizi, kültürümüzü kısaca varlığımızı devam ettirebilmemizin güvенеbileceğimiz tek bir dayanağı olabilir; o da, gerçeğe olan bağlılığımızdır.

Ben de uzmanlık tezimde sadece tek bir dayanağı bağlı kalacağım, gerçeğe yalnızca bilimsel gerçeğe.

Yağmur Murat CEZAROĞLU, 2016



"Tarih yazmak, tarih yapmak kadar mühimdir. Yazan, yapana sadık kalmazsa, değişmeyen hakikat, insanlığı şaşırtacak bir mahiyet alır."

Mustafa Kemal ATATÜRK, 1931

TEŞEKKÜRLER

Aile hekimliği uzmanlık eğitimimde bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, üzerimde emekleri geçen, doğruluktan taviz vermeden hoşgörüyüyle yaklaşabilen, bilim yolunu aydınlatarak kılavuzluk eden, saygı ve anlayış çerçevesinde bir aile ortamı oluşturan saygıdeğer hocalarım; Anabilim Dalı Başkanımız Yard. Doç. Dr. Ayşe Selda TEKİNER, tez danışmanım Yard. Doç. Dr. Ayşe Gülsen CEYHUN PEKER, Prof. Dr. Mehmet UNGAN'a,

Eğitimim boyunca destek, tavsiye ve yapıcı eleştirilerini esirgemeyen Uzm. Dr. Seval FERHAT ŞAHABETTİNOĞLU, Uzm. Dr. Zehra DAĞLI, Uzm. Dr. Filiz AK, Dr. Şenay EKİNCİ, Dr. Mohaç İkbali AFŞAR'a,

Dr. Baki DERHEM, Dr. Tuğrul BIYIKLIOĞLU, Dr. Tayfun YILMAZ, Dr. Ozan ŞENGÜL, Dr. Kadir ÖZDEMİR, Dr. Serkan DURSUN ve Dr. Süleyman ÖZSARI başta olmak üzere birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma,

Ailemizin parçası olan, başta Hatice, Adalet ve Necla Hanım olmak üzere tüm Aile Hekimliği Anabilim Dalı çalışanlarına,

Her gidişimde, eksik olmayan güler yüzleri ve hesaplamalarından ötürü Biyoistatistik AD'den, BSc. Zeynep GENÇTÜRK ve Doç. Dr. Derya TUNA'ya,

Araştırmaya katılan tüm aile hekimlerine, tüm kalbimle teşekkür ederim.

Her zaman yanımda olan ve olmalarını istediğim dostlarım; Kaan AKLAR, Barış DEMİRDELEN, Niyazi İLHAN, Emre ÖNER, Aslı SARIKÖSE, Bilge Can ÖZNUR ve Sevcan BİLEN, kardeş yokluğu yaşatmadınız bana.

Sevgili babaannem ve halalarım, sayenizde Ankara'da hep evimdeydim.

Saygıdeğer, eşimden annem ve babam; çalışkanlığınız ve özverinizle hep örnek oldunuz. En değerli varlığınızı, bana emanet ettiğiniz için sağ olun.

Bilirim ki başım sıkışsa Latife, Fatoş, Hüsnüye ve Hamiyet teyzem var. Siz de bilin ki, anne yarısından fazlası oldunuz her fırsatta.

Sevgili annem ve babam; fırtınada sığınacak birer liman, beraber dünyanın sonuna gidecek kâşifler oldunuz. Hayatımın yarısı, olmazsa olmazım, biricik eşim ve hayatımın anlamı evlatlarım; Dünya'm Gözde ve Güneş'im Ada, teşekkürlerim de, kalbim de sizin olsun...

Dr. Yağmur Murat CEZAROĞLU, Ankara, 2016

Sevgili anneannem ve büyükbabamın anısına...



İÇİNDEKİLER

Sayfa Nu.

KABUL VE ONAY	i
ÖN SÖZ	ii
TEŞEKKÜRLER	iii
İÇİNDEKİLER	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
TÜRKÇE KULLANIM SÖZLÜĞÜ	ix
TABLOLAR DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Giriş	1
1.2. Amaç	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Hekimlik ve Aile Hekimliği	5
2.1.1. Tıp, Hekimlik ve Tarihçesi	5
2.1.2. Aile Hekimliği Kavramı	8
2.1.3. Aile hekimliği/Genel Pratisyenlik	8
2.1.4. Aile Hekimliği Disiplininin Temel Özellikleri	9
2.1.5. Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Uzmanlığı	10
2.1.6. Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Çekirdek Yeterlilikleri	11
2.1.7. Aile Hekiminin Görevleri	13
2.1.8. Aile hekiminin birinci basamak sağlık hizmetine yaklaşımı	16
2.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	16
2.2.1 Birinci Basamak ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri	16
2.2.2. Aile Sağlığı Merkezleri	17
2.2.4. Aile Hekimliği Uygulaması	18
2.2.5. Toplum Sağlığı Merkezleri	19
2.2.6. TSM ve Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü	20
2.2.7 Hekim Hak ve Sorumlulukları	21
2.2.7.1 Hekim Hakları	21
2.2.7.2. Hekimin Mesleki-Etik Sorumluluğu	22
2.3. Hastalık, Enfeksiyon Hastalıkları ve Bulaşıcı Hastalıklar	23

2.3.1. Sağlık ve Hastalık Kavramı	23
2.3.2. Hastalıkların Sınıflandırılması ve ICD-10	24
2.3.3. Enfeksiyon Hastalıkları	25
2.3.4. Bulaşıcı Hastalıklar	26
2.3.5. Bulaşıcı Hastalıkların Epidemiyolojisi ve Bulaş Yolu	27
2.3.6 Bulaşıcı Hastalığın Yol açtığı Zararlar	28
2.3.7. Bulaşıcı Hastalıklarda Korunma ve Kontrol	28
2.4. Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar	30
2.4.1. BZBH Grupları	31
2.4.2. BZBH Gruplarının Bildirimi	34
2.4.3. ICD 10 ve Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar	36
2.5. Bildirim Sistemi (Sürveyans)	39
2.5.1. Sürveyans ve Halk Sağlığı	40
2.5.2. Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyansı Ve Kontrol Esasları	41
2.5.3. Bulaşıcı Hastalıklar Bildirim Sistemi Sınıflandırma Tablosu	43
2.5.4. Bulaşıcı Hastalıklar Kontrol Programları Şubesi Verileri	44
3. GEREÇ VE YÖNTEM	45
3.1. Araştırmanın Şekli	45
3.2. Araştırmanın Hipotezi ve Amacı	45
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	46
3.4. Araştırmaya Katılma ve Araştırma Dışı Tutulma Kriterleri	47
3.5. Veri Toplanması	48
3.6. İzinler ve Etik Konular	49
3.7. İstatistiksel Analiz	50
3.8. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler ve Kısıtlılıklar	51
4. BULGULAR	53
4.1. Aile Hekimlerinin Tanımlayıcı Özellikleri	53
4.2. Aile Hekimlerinin Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar ve Bildirim Sistemi Konusundaki Bilgi Düzeyi ve Davranışları	62
4.3. Anket değerlendirmesi	72
4.4. Anket Bölümlerinin İstatistiksel Anlamda Karşılaştırılması	75
5. TARTIŞMA	93
5.1. Aile Hekimlerinin Tanımlayıcı Özellikleri	94
5.2. Aile Hekimlerinin Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar ve Bildirim Sistemi Konusundaki Bilgi Düzeyi ve Davranışları	98
5.3. Anket Değerlendirmesi	101
5.4. Anket Bölümlerinin İstatistiksel Anlamda Karşılaştırılması	102

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	109
6.1. Sonuçlar	109
6.2. Öneriler	110
ÖZET.....	112
SUMMARY	114
KAYNAKLAR.....	116
EKLER	124
Ek 1. Halk Sağlığı Kurumu Etik Kurul Onayı.....	125
Ek 2. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Onayı.....	126
Ek 3. Anket Bilgilendirme Metni.....	127
Ek 4. Anket.....	129
Ek 5. Anket Cevap Anahtarı	133
Ek 6. Bulaşıcı Hastalıklar İhbar ve Bildirim Sistemi Yönergesi.....	137
Ek 7. Bulaşıcı Hastalıklar Bildirim Sistemi Sınıflandırma Tablosu	146
Ek 8. Konu Başlıklarına Göre Bildirime Esas Bulaşıcı Hastalıklar Listesi.....	150
SON SÖZ.....	151

SİMGELER VE KISALTMALAR

AD	: Anabilim Dalı
ACS-AP	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
AHU	: Aile Hekimi Uzmanı
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
AÜTF	: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
CDC	: Hastalık Kontrol Merkezi (<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>)
BZBH	: Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalık(lar)
DMK	: Devlet Memurları Kanunu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DTB	: Dünya Tabipleri Birliği
FM	: Family Medicine
GP	: General Practitioner
HSM	: İl Halk Sağlığı Müdürlüğü
ICD	: Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması (<i>International Classification of Diseases</i>)
NID	: <i>Notifiable Infectious Diseases</i>
PPD	: Tüberküloz Deri Testi (<i>Purified Protein Derivative</i>)
TCK	: Türk Ceza Kanunu
TDK	: Türk Dil Kurumu
THSK	: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
TTB	: Türk Tabipleri Birliği
TUS	: Tıpta Uzmanlık Sınavı
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
VSD	: Verem Savaş Dispanserleri
WONCA	: Dünya Aile Hekimleri Örgütü (<i>World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians</i>)

TÜRKÇE KULLANIM SÖZLÜĞÜ

Branş	: Dal/Bölüm
Dâhili/Dâhil Olan	: İç(eri)/Katılan
Disiplin	: Bilim Dalı
Envanter	: Döküm/Çizelge
İcma	: Özet/Gösterge
İdentifikasyon	: Sınıflandırma
İntravenöz	: Toplardamar içi
İzolasyon	: Yalıtım
Liste	: Dizelge
Makam/Merci	: Kat/Yer
Membran	: Zar
Mekân	: Yer/Konut
Mevcut	: Bulunan
Kontrol	: Denetim/Denetleme
Kombinasyon	: Birleşim
Komplikasyon	: İstenmeyen durum
Kontamine	: Bulaşık
Kriter	: Ölçüt
Optimal/Optimum	: En uygun/Uygun
Popülasyon	: Nüfus/Evren
Rehabilitasyon/Rehabilitasyon Edici	: İyileştirme/İyileştirici
Semptom	: Belirti
Spesifik	: Özellikli
Tedavi/Tedavi Etmek	: Sağaltım/Sağaltmak
Tespit/Tespit etmek	: Belirleme/Belirlemek
Trend	: Eğilim
Yemin	: Ant

TABLolar DİZİNİ

Sayfa Nu.

Tablo 2.1.	Aile Hekimi / Genel Pratisyenin Çekirdek Yeterlikleri	11
Tablo 2.2.	Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Disiplininin Çekirdek Yeterliklerinin Açıklamaları	12
Tablo 2.3.	Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Disiplininin Çekirdek Yeterliklerine Dair Temel Yaklaşımların Karşılaştırması.....	13
Tablo 2.4.	Enfeksiyon ile İlgili Tanımlar	25
Tablo 2.5.	Bulaşıcı Hastalığın Yol açtığı Zararlar.....	28
Tablo 2.6.	Bulaşıcı Hastalıklardan Korunma ve Kontrol Müdahaleleri.....	29
Tablo 2.7.	Bildirim ile İlgili Tanımlar	30
Tablo 2.8.	Grup A Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Listesi	31
Tablo 2.9.	Grup B Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Listesi	32
Tablo 2.10.	Grup C Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Listesi.....	33
Tablo 2.11.	Grup D Bildirimi Zorunlu Enfeksiyon Etkenleri Listesi	33
Tablo 2.12.	Form 017A ve ICD-10'a Göre Hastalıkların Tanı Kodu ve Adları Karşılaştırması	37
Tablo 2.13.	Form 017B ve ICD-10'a Göre Hastalıkların Tanı Kodu ve Adları Karşılaştırması	38
Tablo 2.14.	Form 017C ve ICD-10'a Göre Hastalıkların Tanı Kodu ve Adları Karşılaştırması	38
Tablo 4.1.	Cinsiyete Göre Yaş Dağılımı	53
Tablo 4.2.	Çalışma Sürelerinin Dağılımı	55
Tablo 4.3.	Günlük Çalışma Süreleri ve Bakılan Hasta Sayısı	55
Tablo 4.4.	Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar ve Bildirim Sistemi Konusunda Eğitim Alma ve İlgili Mevzuatı İnceleme Durumu	56
Tablo 4.5.	Aile Hekimlerinin BZBH Ve Bildirim Sistemi Konusunda Kendilerini Yeterli Görmeleri Durumu	56
Tablo 4.6.	BZBH İle Karşılaşan Aile Hekimlerinin Bildirim Düzeyi.....	60
Tablo 4.7.	Aile Hekimlerinin Soru 16,17 ve 19'da İşaretleme Dağılımı.....	62
Tablo 4.8.	Hekimlerinin BZBH Gruplarını Bilme Durumu	64
Tablo 4.9.	Hekimlerin A Grubu BZBH ile ilgili Soruları Cevaplama Durumu.....	66

Tablo 4.10. Aile Hekimlerinin C Grubu BZBH ile ilgili Soruları Cevaplama Durumu	68
Tablo 4.11. Aile Hekimlerinin Bildirim Formları ve Bildirim Sistemi ile ilgili Soruları Cevaplama Durumu	71
Tablo 4.12. Anketin Bilgi Bölümüne Göre Aile Hekimlerinin Bilgi Düzeyi	75
Tablo 4.13. Anketin Tüm Bilgi Sorularına Verilen Yanıtlar	76
Tablo 4.14. Hekimlerin Yaş Grupları ile Başarı Puanı Karşılaştırılması	78
Tablo 4.15. AHU ve Pratisyen Hekimlerin Toplam Başarı Puanları.....	78
Tablo 4.16. AHU ve Pratisyen Hekimlerin Başarı Düzeyinin Karşılaştırılması.....	79
Tablo 4.17. Toplam Başarı Puanının Cinsiyete Göre Dağılımı.....	81
Tablo 4.18. Toplam Başarı Puanının Hizmet Sürelerine Göre Dağılımı	81
Tablo 4.19. Aile Hekimlerinin Toplam Başarı Puanı ile Günlük Çalışma Durumu Karşılaştırması	82
Tablo 4.20. Aile Hekimlerinin Toplam Başarı Puanı ile BZBH ve Bildirim Sistemi Konusundaki Eğitim Durumlarının Dağılımı	83
Tablo 4.21. Başarı Puanı ve Kendini Yeterli Görme Durumu	84
Tablo 4.22. Başarı Puanı ve BZBH ile Karşılaşma Durumu	84
Tablo 4.23. Toplam Başarı Puanının BZBH ile İlgili Bildirim Yaparken Aksaklık Yaşama Durumuna Göre Dağılımı.....	85
Tablo 4.24. Toplam Başarı Puanı ve BZBH ile İlgili Bildirim Düzeyi	85
Tablo 4.25. Aile Hekimlerinin Toplam Başarı Puanı ile BZBH ve Bildirim Sistemi Konusundaki Eğitim Durumlarının Dağılımı	86
Tablo 4.26. Aile Hekimliği Uzmanlarının Tanımlayıcı Özellikleri	87
Tablo 4.27. Pratisyen Hekimlerin Fark Yaratan Özellikleri	88
Tablo 4.28. Aile Hekimlerinin Bildirim Düzeyi ile Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması-I.....	89
Tablo 4.29. Aile Hekimlerinin Bildirim Düzeyi ile Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması-II.....	90
Tablo 4.30. Hekimlerin Bildirimde Aksaklık Nedenleri ile Bildirimde Bulunmama Nedenlerinin Çapraz Tablosu.....	91

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa Nu.

Şekil 2.1.	DTB Cenevre Bildirgesi, 2006, Hekimlik Andı	7
Şekil 2.2.	Enfeksiyon zinciri.....	27
Şekil 4.1.	Cinsiyet ve Unvan Dağılımı	54
Şekil 4.2.	Aile Hekimlerinin Mezun Olduğu Tıp Fakülteleri Sıralaması	54
Şekil 4.3.	Aile Hekimlerinin BZBH ve Bildirim Sistemi Konusundaki Eğitim Düzeyleri	57
Şekil 4.4.	Aile Hekimlerinin BZBH ile Karşılaşma Sıklığı	58
Şekil 4.5.	Aile Hekimlerinin BZBH ile İlgili Bildirim Yaparken Yaşadıkları Aksaklıklar	59
Şekil 4.6.	Aile Hekimlerinin Bildirimde Bulunmama Nedenler.....	61
Şekil 4.7.	Anketin Bilgi Sınavı Bölümünde Bulunan 18. Sorusu	63
Şekil 4.8.	Anketin Bilgi Sınavı Bölümünde Bulunan 21. Sorusu	65
Şekil 4.9.	Anketin Bilgi Sınavı Bölümünde Bulunan 26. Sorusu	67
Şekil 4.10.	Anketin Bilgi Sınavı Bölümünde Bulunan 27. Sorusu	67
Şekil 4.11.	Anketin Bilgi Sınavı Bölümünde Bulunan 31. Sorusu	69
Şekil 4.12.	Anketin Bilgi Sınavı Bölümünde Bulunan 32. Sorusu	70
Şekil 4.13.	Anketin Bilgi Sınavı Bölümünde Bulunan 34. Sorusu	72
Şekil 4.14.	Aile Hekimlerinin BZBH Ve Bildirim Sistemi Konusunda Eğitim Alma İsteklerinin Aşamaları	73
Şekil 4.15.	BZBH Ve Bildirim Sistemi Hakkındaki Anketimizin Aile Hekimlerine Olan Etkisi	74
Şekil 4.16.	Aile Hekimlerinin Gruplara Ayrılması ve Sayısal Değerler	92

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Giriş

Aile hekimleri; yaş, cins, ırk, organ ya da hastalık ayırımı yapmaksızın herkese kişisel, koruyucu ve tedavi edici, güven ilişkisine dayanan, uzun süreli birinci basamak sağlık hizmetini sunmak üzere yetiştirilmiş uzman hekimlerdir. Kişiye bakım verirken biyopsikososyal yaklaşımı benimser ve bütüncül bir bakış ile kapsamlı sağlık bakımı sunmak için kaynakları hastasının yararına kullanırken onun sağlığının sorumluluğunu da bir anlamda üstlenir (1).

Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezi (TSM) ile işbirliği yapmak, hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu TSM'ye bildirmek, aile sağlığı merkezi (ASM) şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimi, yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve iyileştirme hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak; aile hekimlerinin görev, yetki ve sorumluluklarındandır.

Kayıtlı kişi sayısı, yapılan hizmetlerin listesi, muayene edilen ve sevk edilen hasta sayısı, kodları ile birlikte konulan teşhisler, reçete içeriği, aşılama, gebe ve lohusa izlemi, bebek ve çocuk izlemi, üreme sağlığı ve bulaşıcı hastalıklar ile ilgili veriler ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) tarafından belirlenen benzeri veriler evrak kayıt ölçütlerine göre belirli aralıklarla düzenli olarak basılı veya elektronik ortamda bu kuruma bildirilir (2).

Aile hekiminin birinci basamakta vermesi gereken koruyucu hekimlik hizmetinin temel amacı ise oluşabilecek hastalıkların erken dönemde tanı ve tedavi almasının ve etkin maliyet yönetiminin sağlanması ile hastaların sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi bilincine yardımcı olunmasıdır (3).

Ülkelerin gelişmişlik göstergeleri ifade edildiğinde, en önemlilerinden biri olarak bulaşıcı hastalıkların görülme sıklıkları sayılmaktadır. 21. yüzyıl

dünyasında, bulaşıcı hastalıklar artık bir insanlık ayıbı olarak görülmekte ve gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler, dünyanın geri kalan bölgelerinde bu hastalıkların yok olması için her türlü desteği sağlamakta ve bizzat çalışmaktadır.

Geçmiş yıllarda yapılan bulaşıcı hastalıklar ile ilgili çalışmalar günümüzde de güncel bilimsel bilgiler ışığında sürdürülmektedir. Bu çalışmalardan biri olarak, ülkemizdeki üniversite ve eğitim hastanelerinden bilim adamlarının katkıları ile “Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirimi Sistemi” yenilenmiştir. Yapılan düzenlemeler ile hastalıkların belirli standartlara uygun olarak tanılarının konmasını sağlamak, doğru bildirimleri elde etmek ve hastalıkların ülkemizdeki boyutlarını doğru tahmin etmek hedeflenmiştir. Ancak unutulmamalıdır ki, bu çalışmalar uygulamaya geçtiğinde, takip edildiği ve denetlediği takdirde başarılı olacaktır (4).

“Verba volant scripta manent” (Söz uçar, yazı kalır) (5). Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ile orantılı olan başka bir durum ise; sağlık kayıtlarını düzenli olarak tutma konusunda gösterdiği özendir. Asıl mesele güvenilir ve düzenli kayıt sisteminin olduğu bir ortamda bireylerin yaptıkları işlerin sorumluluğunu alması ve bu işlerin altına imzalarını atmasıdır. Ülkemiz sınırlarında genç kadın nüfusuna yönelik HPV aşısının yaptırılmasının tartışıldığı bir dönemde, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) sınırları içerisinde Klamidya Aşılama Programı’nın hazırlıklarının yapılması da düşündürücüdür (6). Norveç örneğinde ise yaşlanmakta olan nüfusa karşı görevlerini, 65 yaş üzerinde en önemli bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar (BZBH) hangileridir sorusunu araştırarak göstermişlerdir. BZBH hususundaki sağlık kayıtlarına ve bildirim sistemine (sürveyans), tam anlamıyla güvenmeselerdi toplumun hangi kesimine bağışıklama programı yürütmeleri gerektiğini nasıl bileceklerdi diye sormamız gerekiyor kendimize (7).

Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar: BZBH 4 (dört) gruba ayrılır:

A Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıkların bildirim nüfus tabanlı sistem ile ülke genelindeki hasta kabul eden ve tedavi düzenleyen bütün kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek kişi ve özel kuruluşlardan yapılır. Bu

hastalıkların önemli bir kısmı için hastanın ilk başvuru noktası birinci basamaktır.

B Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıkların (Uluslararası BZBH da denir) bildirimi, tespit edildiği her noktadan direkt olarak HSM ve THSK'ye yapılır. Ülkemizde ya hiç görülmemiş ya da uzun zamandan bu yana görülmeyen hastalıklardır. Dünyanın bazı bölgelerinde halen var olmaları, yayılma eğilimleri ve yüksek mortaliteleri, uluslararası önlemlerin sürdürülmesinin başlıca gerekçelerini oluşturur.

C Grubu Bildirimi Zorunlu Hastalıkların bildirimi kurum tabanlı veya sentinel olarak yapılır. Bu hastalıkların önemli bir kısmını bildirim sistemine yeni dâhil olan hastalıklar oluşturur. Trahom hariç hiçbirisi için birinci basamaktan bildirim istenmemektedir. Diğer bir ortak özellikleri de bu hastalıkların "sentinel sürveyans" anlayışı içinde izlenecek olmalarıdır ki; bu hastalıkların bir kısmı ancak ikinci basamaktan itibaren ya da daha üst uzman kurum veya laboratuvarlarca tanımlanabilirler.

D Grubu Bildirimi Zorunlu Hastalıkların (Enfeksiyon Etkenlerinin) bildirimi laboratuvarlardan ve sentinel olarak yapılır. Diğer gruplardan farklı olarak, bu grupta Enfeksiyon Etkenlerinin bildirimi tarif edilmektedir. Bu durum, laboratuvarların ilk kez, doğrudan bildirim sistemine dâhil olmalarını gerektiren önemli bir yeniliktir. Amaç, halen halk sağlığı sorunu olarak önemini koruyan bazı bulaşıcı hastalıkların etiyolojik ajanları hakkında veri elde edilmesi ve gerektiğinde bunların ileri epidemiyolojik araştırmalarının yapılabilmesidir (8), (9).

Bildirimi Zorunlu Hastalıkların bir kısmının tespit edildiği takdirde belirli bir süre içinde en hızlı iletişim aracı ile ihbar edilmesi gereklidir. Bu gereklilik, hastalığın toplum içinde yayılımını engellemek, sosyal sorunlara neden olmamak içindir. Bu nedenle ihbar mekanizmasını işletmeyen kişi ve kurumlar uyarılır ve gerektiği takdirde yürürlükteki mevzuatın ilgili maddelerine göre cezai işlem uygulanır (10).

Bir sürveyans sisteminin işleminde "veri toplama" bu mekanizmanın belkemiğini oluşturduğuna göre; bilgi olmazsa sağlıklı bildirim de olmaz. Bu temel düşünceden filizlenen çalışmamız; "BZBH nelerdir, kaç gruptan

oluşmaktadır, grupların oluşturulma amaçları nelerdir? Bildirim sisteminde hangi bildirim formları ve ihbar gereçleri, ne amaçla kullanılmaktadır? Birinci basamakta görev yapan aile hekimlerimiz hangi BZBH'yi bildirmek zorundadır, bu hastalıkları nasıl bildireceklerdir, hiç BZBH ile karşılaştılar mı, her karşılaştıkları BZBH'yi bildirdiler mi? Bildirim için ihtiyaç duyulan doğru tanı laboratuvarından gelecekse laboratuvarlar bu sistemin içinde nasıl yer alacaklardır? Ülkemizin de içinde olduğu uluslararası toplumda ortak bildirim zorunlu hastalıklar hangileridir? ” sorularına yanıt aramaktadır.

Bu çalışma birinci basamakta görevli aile hekimlerinin; BZBH, düzenli kayıt ve etkin bildirim sistemi konularında bilgisini irdeleyecek, bildirim konusunda ise davranışlarını ele alacaktır. Anket sonrası aile hekimlerine verdiğimiz eğitim sonucunda; oluşabilecek hastalıkların erken dönemde tanı ve tedavi almasına, etkin maliyet yönetimi sağlanmasına, hastaların sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi bilincine yardımcı olmayı amaçlıyoruz

1.2. Amaç

Bu çalışmanın amacı; Ankara ili merkezinde seçilen ASM'lerde görev yapan aile hekimlerinin, BZBH ve bildirim sistemi (sürveyans) ile ilgili bilgi düzeylerini ve davranışlarını (bildirim düzeylerini) ortaya koymak ve de artırmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hekimlik ve Aile Hekimliği

2.1.1. Tıp, Hekimlik ve Tarihçesi

Tıp; İnsan sağlığının sürdürülmesi ya da bozulan sağlığın yeniden düzeltilmesi için uğraşan, hastalıklara tanı koyma, hastalıkları tedavi etme, hastalık ve yaralanmalardan korumaya yönelik çalışmalarda bulunan birçok alt bilim dalından oluşan bilimsel disiplinlerin şemsiye adıdır. Hem bir bilgi alanı – vücut sistemlerinin ve bunların hastalıklarının ve tedavilerinin bilimi – hem de bu bilginin uygulandığı meslektir. Merriam-Webster ise tıbbı şöyle tanımlamıştır: " Sağlığın korunması ve hastalığın giderilmesi, yatıştırılması veya önlenmesi ile ilgilenen bilim ve sanat (dalı) ".

Birçok kültürde tıbbın ilk hali bitkilerin (Herbalizm) ve hayvani bazı unsurların şifa amaçlı kullanılmasına dayanmıştır. Her ne kadar her toplumda tıp veya tıbbî gelenekler ortaya çıkmış olsa da, sistematik bir biçimde gelişim gösteren ve bir 'meslek' olmaya doğru gelişen tıp Mısır, Hindistan, Çin, Yunanistan ve İran başta olmak üzere farklı bölgelerde ortaya çıkmıştır.

El-Kanun fi't-Tıb; "Tıbbın Kanunu", Batı'da Avicenna olarak da bilinen İbn-i Sina'nın 14 ciltlik tıp ansiklopedisidir. Eserin içeriği İbn-i Sina'nın kendi hekimlik deneyimlerine, Orta Çağ İslam tıbbına, antik Yunan hekim Galen'in yazılarına, antik Hint tıp geleneği hekimlerinden Suşruta ve Caraka'ya ve antik Arap ve Pers tıp geleneklerine dayanmaktadır. Eserde sağlığın ve hastalıkların sebepleri açıklanmıştır ve özellikle enfeksiyöz hastalıkların bulaşıcı doğasının keşfi, bulaşıcı hastalıkların yayılımını kontrol altında tutmak için karantina uygulamasını ortaya atması ve de kanıta dayalı tıbbı, deneysel tıbbı, klinik deneyleri ve randomize kontrollü çalışmaları ortaya atması ve başlatması açısından önemlidir (11).

Tıbbi bakış, tıbbın uygulanışı ve tıbbın üzerine oturtulduğu kavramsal yapı her bölgede yoğun farklılıklar göstermektedir. Bugünün en yaygın tıbbî sistem olan modern (biyo) tıp büyük oranda 18. yüzyılın sonlarında Avrupa temelli olarak gelişmiştir. 1900'lerin başında kliniksel tıbbın gelişiminin odağını oluşturan ülkeler Birleşik Krallık ve Amerika Birleşik Devletleri olmuştur.

Yakın zamanda ikinci bir değişim ve gelişim evresinden geçen modern tıp, bugün sıklıkla kanıta dayalı tıp olarak anılan akımla birlikte bilimsel metodu ve küresel bilgi birikimini kullanarak belirli bir konu hakkındaki tüm kanıtı toparlayıp bundan standart protokollerin geliştirilmesi önem kazanmıştır. Bu bağlamda özellikle meta-analiz ve rastgele kontrollü deneyler önemlidir.

Tıp mesleğinde eski tabirleriyle Tabiplik veya Hekimlik, şimdiki tabirleriyle Doktorluk insanı doğru şekilde anlayarak, bedensel ve zihinsel açıdan iyileştirmeyi hedefleyen meslek koludur. Hekimlerin, bireylerin sağlıklarını olumlu yönde değiştirmek için ettikleri Hipokrat Yemini, hekimin meslek üyesi olarak topluma karşı verdiği sözleri sembolize etmektedir (12), (13).

Hekimlik meslek ahlakı kurallarının temelleri, tüm dünyada kabul edilmiş bulunan ve *Dünya Tabipleri Birliği (DTB) Cenevre Bildirgesi*'nde somutlaşan değerlerdir. Bu konu Türk Tabipleri Birliği (TTB)'nin 28 Haziran 2014 tarihinde yapılan 64. Büyük Kongresi'nde ele alınmış, DTB Cenevre Bildirgesi'nin Türkçeye çevrilerek, tüm ülke çapında Hekimlik Andı olarak kullanımının sağlanmasına karar verilmiştir. Bildirgenin tıbbi etik uzmanlarınca da düzenlenmiş çevirisi Şekil 2.1'de gösterilmiştir (14).

Tıp etkinliği ve hekimlik, bir bilimsel bilgi ve beceri bütünü olmasının yanı sıra, aynı zamanda moral değerlerin de sergilendiği özgül bir alandır. Bir başka deyişle hekimlerden sadece makul bir düzeyde bir tıp bilgisine ve becerilere sahip olmaları beklenmemekte, buna ek olarak hekim kimliğine uygun düştüğü kabul edilmiş bulunan bir takım moral değerleri de sergilemeleri beklenmektedir. Genel olarak hekim kimliğinin nasıl kazanıldığı konusu iki farklı biçimde açıklanmaktadır. Bu kimliğin edinilmesinde didaktik derslerin yanı sıra, içinde yaşanan değerler atmosferinin de etkili olduğu; ilkinin tersine ikinci durumda neredeyse bilinç değil bir algılama yolunun geçerli olduğu dile getirilmektedir (15).

HEKİMLİK ANDI

(Dünya Tabipleri Birliği Cenevre Bildirgesi, 2006)

Hekimlik mesleğinin bir üyesi olarak kabul edildiğim şu anda;

Yaşamımı insanlığın hizmetine adayacağıma,

Mesleğimi bana öğretenlere, hak ettikleri saygıyı ve minnettarlığı göstereceğime,

Mesleğimi vicdanımla ve onurumla uygulayacağıma,

Önceliği her zaman hastamın sağlığına vereceğime,

Hastamın bana açtığı sırları, yaşamını yitirdikten sonra bile gizli tutacağıma,

Tıp mesleğinin yüce geleneklerini ve saygınlığını, bütün gücümle koruyacağıma,

Meslektaşlarımı kardeşlerim sayacağıma,

Yaş, hastalık ya da engellilik, inanç, etnik köken, cinsiyet, milliyet, politik düşünce, ırk, cinsel yönelim, toplumsal konum ya da başka herhangi bir özelliğin, görevimle hastam arasına girmesine izin vermeyeceğime,

İnsan yaşamına en üst düzeyde saygı göstereceğime,

Bana gözdağı veriliyor olsa bile, tıbbi bilgimi, insan haklarını ve birey özgürlüklerini çiğnemek için kullanmayacağıma,

Kararlılıkla, özgürce ve onurum üstüne,

Ant içerim.

Şekil 2.1. DTB Cenevre Bildirgesi, 2006, Hekimlik Andı (TTB Çevirisi, 2014)

Hastaları tedavi eden, şifa veren anlamına gelen “Hekim” sözcüğü, Arapça; bilen, bilge kişi, filozof anlamına gelen “Hakim” kelimesinden gelmektedir. Tarihte acı çeken; ağrılar içinde kıvranan insana ilk yardım elini uzatan kişi ile başlayan hekimlik, günümüze kadar değişik kimliklerden geçmiştir (16).

Tıp etiği, insan yaşamı ve sağlığı noktasından etik bir soruşturma yürütmekte, neyin doğru, savunulabilir ve geçerli olduğuna dair çıkarsamaları belirli ilkeler doğrultusunda ortaya koymaya çalışmaktadır. Etiğin tıbbi alanda uygulanması ciddi sorunları beraberinde getirmekte ve hekimler; bu sorunlara üzerinde tartışılan dört temel ilke -Öncelikle zarar vermeme ilkesi, Yarar sağlama ilkesi, Özerkliğe saygı ilkesi, Adalet ilkesi- ile çözüm aramaktadır.

2.1.2. Aile Hekimliği Kavramı

Yerinde saymanın geride kalmak anlamına geldiği, sürekli bir değişim ve yenilenme içerisinde olan tıp bilimi, özellikle yirminci yüzyılın başlarında bilimsel, teknolojik ve sosyal etkilerle dallara ayrılmıştır. Ancak bu durum, hasta-hekim ilişkisinde giderek azalmaya ve hekimlerin hasta sorunlarını, yalnızca kendi dalları çerçevesinde ele almaya çalışmasına yol açmıştır. İlk olarak Francis Peabody, 1923'te tıp biliminde uzmanlaşmanın sonucunda hastaların ortada kaldığını, insanları bir bütün halinde ele alacak bir uzmanlığın olması gerektiğini belirtmiştir. İşte bu dalın gözle görülür biçimde eksikliğinin hissedilmesi, 20. yüzyılın ortalarında Avrupa ve Amerika'da, 20. yüzyılın sonlarında ise ülkemizde aile hekimliğinin doğmasına sebep olmuştur (17).

Aile hekimliği, bireylere ve ailelere sürekli, bütüncül ve tam kapsamlı sağlık bakımı sağlayan tıp uzmanlığıdır. Aile hekimliğinin alanı her yaş grubunu, her cinsiyeti, her bir organ sistemini ve her bir hastalığı kapsar. Aile hekimi, aile bireylerinin ikametlerine yakın olup hizmet verdiği toplumu her yönüyle tanır; aile, çevre ve iş ilişkilerini değerlendirir. Ailenin bütün bireylerinin sağlık durumlarını, yaşama koşullarını, dolayısıyla koruyucu sağlık uygulamalarının ve sağlık eğitimlerinin bireylere nasıl uygulanacağını en iyi bilen kişidir (18).

2.1.3. Aile hekimliği/Genel Pratisyenlik

Aile Hekimleri/Genel Pratisyenler mesleksel görevlerini, sağlığı geliştirerek, hastalıkları önleyerek, sağaltım, bakım ya da rahatsızlıklarda hafifleme sağlayarak yerine getirirler. Bu, sağlık gereksinimlerine ve hizmet sundukları toplumun var olan kaynaklarına göre ve gerektiğinde bu hizmetlere ulaşmada hastalara yardımcı olarak ya doğrudan kendisi tarafından ya da diğer meslek çalışanlarının hizmetleri aracılığıyla gerçekleştirilir. Aile hekimleri etkili ve güvenli hasta bakımı için, kendi becerilerini, kişisel yaşamlarındaki denge ve değerleri sürdürme ve geliştirme sorumluluğunu üstlenmek zorundadırlar (19).

Dünya Aile Hekimleri Örgütü (WONCA)'nın başlıca görevi, tek tek hastaların ve toplumların çıkarına yüksek standartlarda eğitim, araştırma ve klinik uygulama sağlamak ve sürdürmek üzere Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik disiplinini desteklemek ve geliştirmektir. Avrupa Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Topluluğu (WONCA Avrupa); WONCA'nın bölgesel kolu olup, 21. yüzyılda insanların sağlık bakımı gereksinimlerini karşılayacak disiplinle ilgili yeni tanımlamalar ve çekirdek yeterlikleri 2002 yılında yayınlanmıştır. Bu uzlaşi bildirgesi hem aile hekimliği/genel pratisyenlik disiplinini ve mesleksen görevleri hem de aile hekimlerinin gereksindiği çekirdek yeterlikleri tanımlamaktadır (20).

2.1.4. Aile Hekimliği Disiplininin Temel Özellikleri

Aile hekiminin rol tanımı, disiplinin aşağıda tanımlanan özelliklerini hekimin uygulama ortamıyla ilişkilendirir. Tüm aile hekimlerinin arzu edebileceği bir ideali yansıtan bu tanımdaki unsurlardan bazıları aile hekimlerine özgü değildir ve genel olarak tüm tıp mesleğine uygulanabilir. Yine de genel pratisyenlik/aile hekimliği disiplini, bu özelliklerin tümünü yerine getirebilecek tek disiplindir. Sıklıkla kendi başlarına çalışan aile hekimleri için özellikle güç olabilen, hekimin var olan becerilerini sürdürme sorumluluğu, tüm meslek için ortak bir sorumluluk örneğidir (21), (22).

a) Normal olarak sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir.

b) Sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar. Bunu bireylere sunulan bakımı koordine ederek, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunuculuk göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar.

c) Bireye, ailesine ve topluma yönelik kişi merkezli bir yaklaşım geliştirir.

d) Kendine özgü bir hastayla görüşme süreci vardır. Bu süreç etkili bir iletişimle, doktor ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar.

e) Sağlık hizmetlerinin hasta gereksinimlerine göre sürekliliğini sağlamaktan sorumludur.

f) Rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansının belirleyici olduğu özgün bir karar verme süreci vardır.

g) Hastaların akut ve kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetir.

h) Gelişiminin erken evresinde henüz ayrıışmamış bir şekilde ortaya çıkan ve acil girişim gerektirebilen rahatsızlıkları yönetir.

i) Uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.

j) Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluk üstlenir.

k) Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal boyutlarıyla ele alır.

2.1.5. Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Uzmanlığı

Türkiye’de aile hekimliği uzmanlığı 1983 yılında Tababet Uzmanlık Tüzüğü’nde yer almış ve ilk uzmanlık eğitimi 1985 yılında başlamıştır. 1993 yılında Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK)’nun üniversitelerde dâhili tıp bilimleri bölümlerine bağlı olarak aile hekimliği anabilim dallarının kurulması ile ilgili kararı disiplinin akademik gelişiminde önemli bir kilometre taşı olmuştur (23).

Aile hekimleri/genel pratisyenler, disiplinin ilkelerine göre eğitilmiş uzman hekimlerdir. Esas olarak yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın, tıbbi bakım arayan her bireye kapsamlı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu kişisel doktorlardır. Bireylere kendi aileleri, toplumları ve kültürleri içinde hizmet sunarlar; bunu yaparken her zaman hastalarının bağımsız kişiliklerine saygı duyarlar. Ayrıca topluma karşı da mesleki sorumluluk taşırlar. Rahatsızlıklarının yönetimini hastalarıyla görüşürken, yineleyen temaslarla oluşan bilgi birikimini ve güveni kullanarak fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal etkenleri birlikte değerlendirirler (20).

Aile hekimliği/genel pratisyenlik hem bir disiplin hem de bir uzmanlık olarak tanımlanmalıdır. İlki; disiplinin olduğu akademik temel ve çerçevenin tanımlanması ve böylelikle eğitim, araştırma ve kalite geliştirme alanlarının bilgilendirilmesi için gereklidir. İkincisinin gerekliliği ise, bu akademik tanımın tüm Avrupa sağlık sistemlerinde hastalarla çalışan uzman aile hekimi kavramına dönüştürülmesi içindir (21).

2.1.6. Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Çekirdek Yeterlilikleri

Aile hekimliği/genel pratisyenlik disiplininin ve uzman aile hekiminin tanımlanması doğrudan doğruya, aile hekimi / genel pratisyenin sahip olması gereken çekirdek yeterlikleri ifade etmektedir. Çekirdek sözcüğü, uygulandıkları sağlık sistemine bakmaksızın disiplin için zorunlu olan anlamını taşımaktadır. Bunlar disiplinle, uzmanlığın uygulanmasıyla ve bazı temel özelliklerle ilişkili olarak özetlenebilir (Tablo 2.1, Tablo 2.2), (24).

Çekirdek yeterlikler, kullanma alanları ve temel özellikler arasındaki ilişkiler disiplini tanımlamakta ve uzmanlık alanının iç içe olduğunu vurgularken eğitim, araştırma ve kalite geliştirmeye rehber olmalıdır (20).

Tablo 2.1. Aile Hekimi / Genel Pratisyenin Çekirdek Yeterlilikleri

Disiplini tanımlayan çekirdek yeterlikler	Çekirdek yeterliklerin uygulama alanları
Birinci basamak yönetimi Kişi merkezli bakım Yapısal, davranışsal, bilişsel Spesifik problem çözme yeteneği Kapsamlı yaklaşım Toplum yönelimli Bütüncül model	Klinik görevler Hastalarla iletişim Uygulama merkezinin yönetimi

Tablo 2.2. Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Disiplininin Çekirdek Yeterliklerinin Açıklamaları

Birinci basamak yönetimi	<i>Hastalarla ilk karşılaşmayı yönetebilme becerisi</i> <i>Hasta ihtiyaç duyduğunda hasta savunuculuğu pozisyonu olarak, birinci basamak çalışanları ve diğer uzmanlar arasında bakımı koordine etme ve bakımın etkili ve uygun sürdürülmesini sağlamak</i>
Kişİ merkezli yaklaşım	<i>Hastalar ve problemlerle ilgilenirken kişİ merkezli yaklaşımı benimseme becerisi</i> <i>Etkili bir doktor hasta ilişkisini sağlayan birinci basamak değerlendirmesi oluşturmak ve uygulamak</i> <i>Hastaların gereksinimleriyle belirlenen uzun erimli hizmetin sürekliliğini sağlamak</i>
Spesifik problem çözme becerisi	<i>Toplumdaki hastalıkların prevalans ve insidansı ile belirlenen özellikli karar verme mekanizmasından yararlanmak</i> <i>Ayrışmamış ve erken evredeki durumları yönetmek ve gerektiğinde acil müdahalede bulunmak</i>
Kapsamlı yaklaşım	<i>Kişideki akut ve kronik sağlık problemleriyle eş zamanlı ilgilenmek</i> <i>Sağlığın sürdürülmesi ve hastalıklardan korunma stratejilerini kullanarak sağlığın ve iyilik halinin sürdürülmesi</i>
Toplum yönelimli	<i>Birey ve toplumun sağlık gereksinimlerini ulaşılabilir kaynaklarla dengede buluşturmak</i>
Bütüncül model	<i>Kültürel boyutlarını dikkate alarak, biyopsikososyal model kullanma becerisi</i>

Alternatif bir yaklaşım ise, aile hekimliği disiplininin temel ilkelerini tanımlamaya çalışmaktır. Bu yaklaşım, WONCA Avrupa'nın 1995 yılında Strazburg'ta yapılan kuruluş toplantısındaki bir sunumda Bernard Gay tarafından benimsenmiş ve ayrıca Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bürosu tarafından geliştirilen çerçeve belgede de kullanılmıştır. Gay, ilkelerle görevler arasında bir ilişki bulunduğunu ve hem hastaların hem de sağlık sisteminin görevler üzerinde bazı etkilerinin olduğunu öne sürmüştür (25).

Bu ilkeler, DSÖ Çerçeve Bildirgesinde tanımlanan Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik özelliklerine birçok bakımdan benzerdir: a) Genel, b) Sürekli, c) Kapsayıcı d) Koordine, e) İşbirliğine dayalı, f) Aile yönelimli, g) Toplum yönelimli olma (26).

Tablo 2.3. Aile Hekimliği / Genel Pratisyenlik Disiplininin Çekirdek Yeterliklerine Dair Temel Yaklaşımların Karşılaştırması

DSÖ 1998	WONCA 1991	WONCA Avrupa 1995 (Bernard Gay)
<i>Genel</i>	<i>Kapsayıcı bakım</i>	<i>Hastanın gereksinim ve istekleri tarafından belirlenen etkinlikler</i> <i>Seçilmemiş ve karmaşık sağlık sorunları</i>
<i>Sürekli</i>	<i>Hastaya yönelim</i>	<i>Hasta merkezli yaklaşım</i> <i>Sürekli yönetim</i>
<i>Kapsayıcı</i>	<i>Kapsayıcı bakım</i>	<i>Hastanın gereksinim ve istekleri tarafından belirlenen etkinlikler</i> <i>Seçilmemiş ve karmaşık sağlık sorunları</i>
<i>Eşgüdüm</i>	<i>Diğer hizmetlerle eşgüdüm</i>	<i>Koordine Bakım</i>
<i>İşbirliğine dayalı</i>	<i>Diğer hizmetlerle eşgüdüm</i>	<i>Koordine Bakım</i>
<i>Aile yönelimli</i>	<i>Aileye odaklanma</i>	<i>Aile ve toplum bağlamına yönelim</i>
<i>Toplum yönelimli</i>	<i>Toplum için yükümlülük üslenme</i>	<i>Aile ve toplum bağlamına yönelim</i>

2.1.7. Aile Hekiminin Görevleri

a) Veri toplama ve Kayıt Tutma:

Aile hekimi kişinin tüm sağlık kayıtlarını tutar. Bireye yakınlığı sayesinde onun kişisel sorunları, aile ilişkileri, içinde yaşadığı ortamın ve toplumun sorunları hakkında bilgi sahibidir. Hastayı daha ileri bir merkeze sevk etmesi gerektiğinde, onun en doğru yere en doğru bilgilerle gitmesini sağlar. Böylece ikinci basamakta yığılma önlenerek, diğer uzmanlar pahalı ve zaman kaybına

yol açan incelemelere gerek duymadan hastanın sorununu çözüme ulaştırabilirler. Aile hekiminin kayıtları sağlık araştırmaları için çok değerli bir veri kaynağıdır. Bu kayıtlar, toplum sağlığının değerlendirilmesi için gerekli istatistiksel bilgilerin elde edilebileceği en önemli kaynaktır (27).

b) Koruyucu Hekimlik:

Amerikan Koruyucu Hekimlik Koleji tanımına göre koruyucu hekimlik: “Belli bir topluluğun sağlık ve refahını arttırmak ve korumak, hastalık, sakatlık, zamansız ölümü önlemek için başlıca uğraşı toplumun sağlığını göz önünde tutan becerileri kullanmak olan hekimlik türünde uzmanlık sahibi olmak” (28).

Koruyucu sağlık hizmetleri 3 gruptur:

1. Birincil Koruyuculuk: Hastalık ya da yaralanmanın oluşumunu önleme.
2. İkincil Koruyuculuk: Erken tanı ve tedavi.
3. Üçüncül Koruyuculuk: Komplikasyonları önleme, iyileştirme

Sağlığın korunmasında en temel basamak, kişinin kendi sağlığını korumak yönünde yapacağı uygulamalardır, bu da ancak etkili bir sağlık eğitimiyle mümkündür. Aile hekiminin en önemli görevlerinden biri de bireylere sağlık eğitimi vermektir. Sağlığın korunmasında en önemli faktörlerden biri de sağlıklı çevredir. En etkin koruyucu hekimlik birinci basamakta yapılabilir (29).

c) Sağlık Eğitimi:

Ülkemizde sağlık problemlerinin önemli bir bölümü diğer birçok alanda olduğu gibi eğitim yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Sağlıkla ilgili konulardaki genel bilgi eksikliği, özellikle aile planlaması, çocuk sağlığı, beslenme ve bulaşıcı hastalıklardan korunma konularında belirginleşmektedir. Türkiye bu sağlık ölçütleri açısından aynı ekonomik düzeydeki ülkelerin çok gerisinde kalmaktadır. Eğitim yetersizliği var olan sağlık hizmetlerinden bile yeterince yararlanılamamasına yol açmaktadır. Aile hekimleri sağlık eğitiminde etkin rol oynayabilecek bilgiye sahip olmalıdır (29), (28).

d) Sağlık Danışmanlığı Ve Yönlendirme:

Aile hekimi sağlık hizmetinin en önünde yer alır ve kişilere sağlıkla ilgili her konuda danışmanlık verir. Yalnız hastalıkta değil sağlıklı dönemde de kişilerin yararlanabileceği, hastalıkların önlenmesi yanında sağlığın korunması

ve geliştirilmesini, sağlık koşullarının iyileştirilmesini de hedefleyen, devamlılık gösteren hizmet sunar (27). Aile hekimi, tüm sağlık konularında ve sağlık hizmeti veren diğer kişilerle olan ilişkilerinde sürekli olarak hastanın yanında yer almalıdır. Planlama, sağlanacak yarar ve maliyet göz önüne alınarak hastayla birlikte yapılır, bu anlamda aile hekimi bireyin sağlık avukatıdır (20).

e) Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi Hizmeti:

Çağdaş sağlık hizmetleri kavramında erken tanı ve tedavi, koruyucu hizmetler içinde değerlendirilmektedir. Birinci basamakta erken tanı ve tedavi açısından etkin aile hekimliği sağlık sisteminin bütününe etkiler. Aile hekimi güvene dayalı yakın ilişki sayesinde aile planlaması, cinsel ve psikiyatrik sorunlar gibi kişilerin dile getirmekte güçlük çektikleri sorunların erken tanısında başarılıdır. Etkin tanı ve tedavi hizmeti olmadan hastaların %90'ının sorunlarının birinci basamakta çözülmesi mümkün değildir. İkinci basamağa başvuru gerektiğinde aile hekimi koordinatör olmalıdır. Aile hekimi disiplinler arası işbirliği ve ekip çalışmasında koordinatördür (27), (29).

f) Kronik Hastalıkların İzlenmesi, İyileştirme ve Yaşlıların Sağlığı:

Ortalama yaşam süresinin uzamasıyla toplumda yaşlı nüfusun oranı ve kronik hastalıkların sıklığı artmaktadır. Evde bakım kavramı aile hekimlerinin bilmek zorunda olduğu uygulamadır. Kronik hastalıkları olanların yakın izlemi, gelişebilecek karmaşıklıkların erken fark edilmesi ve küçük müdahalelerle önlenmesini sağlar (28).

g) Periyodik Sağlık Muayenesi:

Hastalıkların erken tanısı ve hastalık öncesinde risk faktörleri taşıyanların belirlenmesi koruyucu hekimliğin en önemli işlevlerindendir. Geleneksel checkup ve rutin muayenelere katılan incelemelerin çoğunun etkinliği kanıtlanmamış ve en uygun sıklıkları tam belirlenmemiştir. Belli cins ve yaş grubu hedeflenerek etkinliği kabul gören incelemelerle sağlık koruma rehberleri oluşturulması yaklaşımı benimsenmektedir. Periyodik sağlık kontrolü, gelecekteki hastalanma riskini saptamayı, hastalığı belirti vermediği erken dönemde tanımayı, gerekli bağışıklamaları yapmayı, sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesine yönelik danışmanlık vermeyi hedefler (30)

2.1.8. Aile hekiminin birinci basamak sağlık hizmetine yaklaşımı

Aile hekimliğinin birinci basamak sağlık hizmetine yaklaşımını, Amerikan Aile Hekimliği Yeterlilik Kurulu (American Board of Family Practice) şu şekilde özetlemektedir (30):

- 1) Sağlık hizmetinin ilk başvuru noktasıdır. Yani giriş kapısıdır.
- 2) Kişiye sağlık ve hastalıkta sürekli hizmet sunar.
- 3) Tüm disiplinleri belirli bir düzeyde içine alan kapsamlı bir hizmettir.
- 4) Tüm sağlık gereksinimlerinin koordinatörüdür.
- 5) Hasta izlemi ve toplum sağlığı sorunlarının çözümüyle ilgili sürekli bir sorumluluk taşır.
- 6) Kişiselleştirilmiş bakım sağlar.

2.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

2.2.1 Birinci Basamak ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Aile hekimi bir yandan hastaların tedavilerini üstlenirken koruyucu sağlık hizmetlerini de yerine getirerek toplumsal refahı artırmayı amaçlar. Bu da ülkelerin gelişmesine büyük katkı sağlayacaktır. Herkese hastalık ayırmaksızın hizmet vermesi ve hastaları değerlendirirken onlar ile uzun süreli ilişkisinin avantajlarını kullanarak kişinin geçmişi ile ilgili bilgileri bugünkü duruma ait veriler ile de harmanlayabilmesi, aile hekimliğini diğer anabilim dallarından ayıran en önemli özelliklerdendir.

Koruyucu hekimlik ise; “hastalık, sakatlık ve erken ölümden korumak, sağlık ve mutluluğu ilerletmek ve muhafaza etmek için, halka yarar sağlayan ve farklı bilim dallarından oluşan, tıbbın ihtisaslaşmış uygulamalı bir sahasıdır” şeklinde tanımlanır (31).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürekli eğitimle geliştirilmesi ve güçlendirilmesi, çalışan hekimler ile diğer sağlık elemanlarının özendirilmesi, birey ihtiyaçlarının göz önünde bulundurularak koruyucu sağlık sistemine ağırlık verilmesi ve kabul edilebilir sevk sisteminin uygulanması ana ilkelerdir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde verilebilmesi, toplumun hastalık yükünün azaltılmasının yanı sıra, ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarımızın da daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi vermelerine fırsat tanıyacaktır (18).

Ülkemizde de son 10 yılda sağlık alanında önemli değişikliklere yol açan ve Sağlıkta Dönüşüm Programı olarak adlandırılan bir sağlık reform programı kademeli olarak uygulanmıştır. Bu programın üç temel hedefi ve nihai gerçekleştirilme tarihleri şöyle sıralanabilir (32):

1. 2006 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu kuruldu ve genel sağlık sigortasının uygulanmasına başlandı,
2. Topluma yönelik sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve aile hekimliği uygulamasının tüm ülkede yaygınlaştırılması (2010 yılı sonu itibarıyla tüm Türkiye’de aile hekimliği uygulamasına geçildi),
3. Hastanelerin finansal ve yönetsel otonomiye kavuşturulması (663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnameye göre, 2 Kasım 2012’de Kamu Hastane Birlikleri kuruldu).

2.2.2. Aile Sağlığı Merkezleri

Bir ya da daha fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşudur. Aile hekimleri öncelikle, bölgedeki Bakanlık ve diğer kurumlara bağlı uygun sağlık kuruluşlarında hizmet verirler. Bu imkânların sağlanamaması halinde aile hekimleri, çalışacağı bölgede kendi donatacakları uygun standartları taşıyan mekânlarda hizmet verirler. Aile hekimi, birden fazla belde veya köye gezici hizmet vermek zorundaysa HSM tarafından uygun görülen merkezi konumdaki yerleşim biriminde ikamet eder (18).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ise ASM'leri " Bir veya daha fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşuna denir. Maliyetlerin azalması ve hekim çalışma sürelerinde esnekliğe imkân vermesi bakımından birkaç hekimin yeterli sayıda aile sağlığı elemanı ile birlikte görev yaptığı aile sağlığı merkezleri nüfusun ve ulaşımın uygun olduğu yerlerde oluşturulabilir.

Bu tür grup çalışmaları dayanışma, eğitim ve hizmet sürekliliği açısından avantajlar taşımaktadır. Bu yüzden mümkün oldukça grup çalışmaları özendirilmelidir. Bu sayede; Aile sağlığı merkezi, Bakanlıkça öngörülen nüfus ölçütleri esas alınmak suretiyle sözleşme yapmış bir ya da daha fazla aile hekimi tarafından açılabilir. Aynı aile sağlığı merkezindeki her aile hekimi ve aile sağlığı elemanı pozisyonu için ayrı ayrı sözleşme yapılır. Bakanlıkça uygun görülen aile sağlığı merkezleri eğitim amaçlı olarak kullanılabilir." şeklinde tanımlamıştır.

2.2.4. Aile Hekimliği Uygulaması

Aile hekimliği uygulamasının amaçları şu alt başlıklarda özetlenebilir:

Erken tanı ve tedaviyi sağlamak,

Sağlık ile ilgili tüm konularda ilk değerlendirmeyi yapmak,

Sorumluluğu altındaki kişilerle sürekli ilişki halinde olarak onları izlemek,

Birinci basamakta verilmesi gereken bireye ve topluma yönelik

koruyucu sağlık hizmetlerini sunmak,

Kronik hastalıklarda sürekli bakım ve tedaviyi sağlamak, bu tür hastalığı olan kişileri izlemek,

Bireylerin yaşam kalitelerini ve sağlık düzeylerini geliştirmeye çalışarak toplumun gelişmesine katkı sağlamak (33).

2.2.5. Toplum Sağlığı Merkezleri

Toplum Sağlığı Merkezleri, aile hekimlerine aşılama, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması gibi öncelikli hizmet alanlarında, Sağlık Bakanlığı'nın yıllık programına uygun olarak ücretsiz lojistik destekte bulunacaktır. Bu merkezlerde halk sağlığı uzmanlarının istihdamına önem verilecektir. Mevcut sağlık ocaklarından uygun ve yeterli olanlar toplum sağlığı merkezi olarak hizmet görürken, diğerleri kamuda kadrolu aile hekimlerinin görev alanı olan aile sağlığı birimi/merkezi hizmetlerinde kullanılacaktır. Mevcut olan ve fiilen birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık ocakları, sağlık merkezleri, AÇSAP merkezleri, verem savaş dispanserleri (VSD), kurum hekimlikleri bir araya getirilecektir. Bölgede bulunan en uygun bir veya daha fazla yer toplum sağlığı merkezi, diğerleri ise aile hekimleri ve aile sağlığı merkezleri olarak kullanılacaktır. Toplum sağlığı merkezleri aynı zamanda eğitim ve planlama merkezleri olarak hizmet verecektir (34).

Toplum sağlığı merkezleri, bölgesinde sağlık hizmetlerini yürütür. Sağlık hizmetini bir bütün olarak değerlendirir. Sağlık kuruluşları ile koordinasyonu sağlamak, gerektiğinde diğer kuruluşlarla işbirliği yapmak suretiyle toplumun ve bireylerin sağlığını korumak ve sağlık düzeylerini yükseltmekten sorumludur.

Bunun için aşağıda sayılan hizmetleri sunar veya sunulmasını sağlar:

Kayıt ve istatistik

Bulaşıcı hastalıkların kontrolü

Verem Savaşı Hizmetleri

Sıtma Savaş Hizmetleri

Ulusal programlar ile ilgili hizmetler

Görüntüleme ve laboratuvar hizmetleri

Çevre sağlığı hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi ve teşviki

Sağlık eğitimi hizmetleri

Toplu yaşam alanları ve okul sağlığı hizmetleri

2.2.6. TSM ve Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü

(1) Bakanlığın yürüttüğü programlara uygun olarak; bölgesindeki bulaşıcı hastalık verilerini toplar, kayıtlarını tutar, değerlendirir, süveyansı yapar veya yaptırır. Bölgesinde bulaşıcı hastalıkların bildirimini ve filyasyonunu yaparak ilgili aile hekimleri ile durumu birlikte değerlendirir. Eğer aile hekimi başka bir toplum sağlığı merkezinin bölgesinde ise yapılan filyasyon sonucunu o toplum sağlığı merkezine bildirir.

(2) Bölgenin aşı ve antiserum ile ilgili lojistik malzeme ihtiyacını belirler. Soğuk zincir sisteminin kurulmasını ve düzgün olarak işletilmesini sağlar ve denetler. Bölgesi için gereken aşıları ve diğer malzemeleri müdürlükten sağlar, usulüne uygun olarak saklar ve aşıların uygulanacağı birimlere dağıtır.

(3) Her aile sağlığı merkezinde en az bir sağlık personelinin PPD (tüberküloz deri testi) uygulaması konusunda eğitilmesini sağlar/sağlatır. Aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının bulaşıcı hastalıklar, süveyans ve aşı uygulaması konusundaki eğitimlerini müdürlük ile koordineli olarak planlar.

(4) Bölgesinde bulaşıcı hastalık salgınına neden olabilecek aşılama problemleri, mevsimsel değişimler, çevre şartlarındaki değişimler, yerleşim birimlerinin alt yapı durumları gibi faktörleri yakından izler ve gerekli önlemleri almak için ilgili kurumlarla işbirliği yapar. Bölgesinde bulaşıcı hastalıklara yönelik “Erken Uyarı ve Yanıt Sistemi”ni işletir. Bölgesinde bulaşıcı hastalık salgını olduğunda aile hekimleri ve müdürlükle birlikte tüm sağlık kuruluşları ve ilgili diğer kuruluşlarla işbirliği yaparak mevzuata göre her türlü tedbiri alır.

(5) Bildirimi zorunlu hastalıklar listesinde yer alan bulaşıcı hastalıkların bildirimlerini sağlar. Ulusal Hastalık Kontrol Programları çerçevesindeki özel süveyans çalışmalarını yürütür. Bulaşıcı hastalıkların tanısında numune nakline yönelik özellikli malzemeyi müdürlükten temin eder ve aile hekimlerine ulaştırır. Bölgesinde bulaşıcı hastalıklar ve aşılama çalışmaları konusunda yapılacak olan saha araştırmalarına katılır ve destek sağlar.

(6) Zoonotik hastalıklarla ilgili Bakanlığın öngördüğü çalışmaları yapar. İlgili kuruluşlarla iş birliğinde bulunur. Verileri müdürlüğe iletir (34).

2.2.7 Hekim Hak ve Sorumlulukları

Resmi Gazete Tarihi: 25.01.2013 Resmi Gazete Sayısı: 28539
Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, İkinci Bölüm: Çalışma Usul ve Esasları'nda; aile hekimlerinin görev, yetki ve sorumlulukları açık bir şekilde belirtilmiştir. Söz konusu 4. Maddenin birçok bendinde; ASM'lerde görevli aile hekimlerinin BZBH ve bildirim sistemi konusunda görev, yetki ve sorumluluklarına dair ifadeler yer alsa da net olarak ayrı hazırlanmış bir bendin veya konuya ayrılmış kapsamlı bir maddenin olmaması dikkat çekmektedir.

2.2.7.1 Hekim Hakları

Çalışma Süresinin Sınırlandırılması

Türkiye'nin de üyesi olduğu Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nun 1948'de ilan ettiği İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 24. maddesi;

"Herkesin dinlenmeye, eğlenmeye, özellikle çalışma süresinin makul ölçüde sınırlandırılmasına ve belirli dönemlerde ücretli izine çıkma hakkı vardır." diyerek çalışma sürelerinin sınırlandırılmasına dikkati çekmiştir.

Günlük Hasta Sayısı Sınırı

Hekimlerin poliklinikte günlük muayene edeceği hasta sayısı 1974 yılı 14993 sayılı resmi gazetede yayınlanan Tababet Uzmanlık Yönetmeliği'nin 10. maddesinde şöyle belirtilmiştir:

"Her servisin normal polikliniğinde günde bir uzman 20'den fazla hastaya bakamaz. Ancak, daha fazla hastanın başvurması halinde o poliklinikte aynı esas üzerine uzman görevlendirilerek o günkü tüm hastaların muayeneleri sağlanır."

Tıpta uygulama hatalarının ülkemizde belki de en önemli sebeplerinden birisi olan hasta başına ayrılan sürenin az olması, hastaya gereken özenin gösterilememesine neden olur. Tanı hataları ve tedavi konusunda hastanın yetersiz bilinçlendirilmesi olumsuz sonuçlar doğurabilmekte ve bu sonuçların sorumlusu da çoğunlukla hekimler olmaktadır.

Uzmanlık Alanı İle Sınırlı Olmak

Tıp, kendi bölümlerinde uzmanlaşmış hekimlerden oluşan bilim dallarından oluşan çok geniş bir sistemdir. Hastanın hastalığı hangi uzmanlık bölümüne aitse, o bilim dalındaki uzman hekimin hastayı muayene etmesi, daha doğru ve faydalı olacaktır.

Ancak her hekim acil durumlarda ilk yardım hizmetini de yapmalıdır. Buna göre Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi madde 3 şöyle söylemiştir:

“Tabip, vazifesi ve ihtisası ne olursa olsun, gerekli bakımın sağlanamadığı acil vakalarda, mücbir sebep olmadıkça, ilk yardımda bulunur.”

2.2.7.2. Hekimin Mesleki-Etik Sorumluluğu

Hekimin kendi meslektaşları arasında veya kamu hizmeti veya mesleki hizmetini yürütmediği esnada diğer insanlarla veya çalışanlara olan ilişkilerini mesleğinin gerektirdiği onur ve duyarlılık çerçevesinde sürdürmesi için bazı etik kurallar mevcuttur. Etik kuralların temel ilkeleri zarar vermeme, yararlılık ilkesi ve adalet ilkesidir. Etik kurallarda yer alan kısıtlamalar ve baskıların amacı, yasal düzenlemelere bağlı yükümlülüklerden bağımsız olarak sağlık hizmeti sunan kişinin daima, hastanın yararını gözeterek davranmasını sağlamaktır (35).

Ülkemizde 19.02.1960 tarihinde yayınlanan son güncellemesi 12.01.2005 tarihinde yapılan Tıbbi Deontoloji Tüzüğü (Nizamnamesi) ve 01.02.1999 tarihinde yayınlanan Hekimlik Meslek Etik Kuralları, hekimlerin bağlı olduğu yasal düzenlemelerin en başında gelenleridir. Tıp etiğine ilişkin ilke ve kurallar, hekimin mesleki faaliyetlerinde gerek kendi haklarını gerekse hasta haklarını birlikte ele alıp, çıkarları dengeleyici isabetli ve doğru çözümlere yönelik bir mesleki yaklaşımı somut olarak göstermesini gerektirmektedir. Etik ve hukuksal yükümlülüklerin belirlenmesi ortalama standart bir hekimin nasıl davranması gerektiğini ortaya koyacağından, meslek kusurunun varlığını veya sapmasının derecesini belirlemede önemlidir (36)

2.3. Hastalık, Enfeksiyon Hastalıkları ve Bulaşıcı Hastalıklar

2.3.1. Sağlık ve Hastalık Kavramı

“Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi”

Kanuni Sultan Süleyman

Her şeyden önce gelir dediğimiz, kaybedince değerini anladığımız, sağlıktan daha önemli bir zenginlik yoktur (37).

“Veba, kızıl, kızamık, çiçek gibi salgın hastalıklar (Mahşerin Dördüncü Atlısı) ve kıtlık, kuraklık gibi felaketler tarih boyunca milyonlarca insanın ölümüne neden olmuştur. Ne var ki bu kitlesel ölümler durduk yerde, kendiliğinden başlamamış, salgın hastalıklar davetsiz misafir gibi aramıza girmemiştir; mikropların kitlesel ölümlere yol açan canavar rolünü üstlenmeleri için insanlar ellerinden geleni yapmışlar, ölümler başladıktan sonra ise hiçbir şey yapamamışlardır” (38).

Bulaşıcı hastalıkların önemi, hızla salgınlar yaparak insanlığı derinden etkileyebilecek kapasiteye sahip olmalarından ileri gelmektedir. Dünyamızın en eski sakinlerini suçlamak yerine sorunun kaynağını kendimizde arama algısına ulaşmak işin en doğrusu olacaktır. Bulaşıcı hastalıklar konusunu ele alırken bu hususları hiç unutmamamız gerekir.

Sağlık Kavramı:

DSÖ'nün tanımına göre sağlık; yalnızca hastalık ve sakatlığın bulunmaması demek değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden de tam bir iyilik durumudur (39). Halk sağlığını da şöyle tanımlamak mümkündür: Organize olmuş toplum aracılığı ile çevrenin sağlık koşullarını düzelterek, bulaşıcı hastalıkları kontrol ederek, kişisel temizlik için bireyleri eğiterek, hastalıkların erken tanı ve koruyucu tedavisi için sağlık hizmetlerini organize ederek ve kişilerin sağlığını uygun bir yaşam tarzı biçiminde geliştirerek devamını sağlamak ve böylece vatandaşın sağlıklı ve uzun bir yaşam sürme hakkını gerçekleştirmeye uğraşan bir bilim ve sanattır (31).

Hastalık Kavramı:

Hastalık, sağlığın herhangi bir nedenle bozulması ve kişi tarafından bu bozukluğun algılanır hale gelmesidir. Hastalık durumunda; bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden iyilik durumu bozulmuştur.

Bir canlının sağlıklı olabilmesi için, bütün organlarının uyum içinde çalışması ve vücudun yararına olmak üzere her birinin üzerine düşen görevleri yeterli, dengeli ve zamanında yerine getirmesi gerekir. Bu uyumu ve dengeyi bozan iç ya da dış etkenler nedeniyle vücuttaki fizyolojik işlevlerin aksaması hastalık denen çeşitli rahatsızlık ve bozukluklara yol açar (40).

2.3.2. Hastalıkların Sınıflandırılması ve ICD-10

Hastalıklar nedenlerine göre sınıflandırılarak birkaç grupta incelenebilir:

Bulaşıcı hastalıklar, Beslenme bozuklukları ve yetersizlikleri, Kanserler, Kalıtsal hastalıklar, İmmün sistem bozuklukları, Kalp-damar hastalıkları ya da dolaşım bozuklukları, Meslek hastalıkları, Yapısal ve ruhsal sinir hastalıkları.

Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması:

Hastalıkların sınıflandırılması amacıyla geliştirilen standartlardan yaygın olarak kullanılanı, “International Classification of Diseases (ICD)” “Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması”dır. ICD, diagnostik bir kodlama, istatistiksel bir sınıflamadır. 1965 yılındaki 8. Uluslararası ICD Konferansından sonra hazırlanmış olan ICD-8, ülkemizde 2005 yılına kadar kullanılmıştır. ICD-10 Hazırlık Toplantısı, Eylül 1983’de Cenevre’de yapılmıştır. Geleneksel ICD yapısı korunmakla birlikte önceki sayısal kodlama düzeni yerine alfanumerik kodlama sistemi getirilmiştir. Alt yapısı uygun hastanelerde 1 Ocak 2005 tarihinden itibaren ICD-10’un 3. ve/veya 4. basamak kodlarının uygulanmasına geçilmiştir. Ayrıca ICD-10, 01.07.2005 tarihinden itibaren Sağlık Bakanlığı’na bağlı tüm kurum ve kuruluşlarda uygulanmaya başlanmıştır (40).

2.3.3. Enfeksiyon Hastalıkları

Enfeksiyonla ilgili tanımlar Tablo 2.4.'te verilmiştir (4):

Tablo 2.4. Enfeksiyon ile İlgili Tanımlar

Enfeksiyon	<i>Bir organizmanın bir konakçıda (insan, hayvan, artropod) yerleşmesi, çoğalması ve genellikle bir immün yanıt oluşturmalarını tanımlar. Klinik bir hastalık tablosuna neden olabilir veya olmayabilir.</i>
Patojenite	<i>Bir enfeksiyöz ajanın duyarlı bir konakta hastalık oluşturma yeteneği</i>
Virulans	<i>Konağın dokularını invaze etme yeteneğine göre bir enfeksiyöz ajanın patojenite derecesinin ölçüm değeridir.</i>
İnsidans	<i>Belirli bir toplulukta belirli bir süre içinde bir hastalığa ait yeni vaka sayısının o toplumda risk altında bulunan nüfusa bölünmesi ile elde edilen hız. (Salgın incelemelerinde, insidans=atak hızı)</i>
Prevalans	<i>Belirli bir popülasyonda, yeni ve eski vaka ayrımı yapmaksızın, bir hastalık için hasta bireylerin tümünün, o toplumda risk altında bulunan nüfusa bölünmesi ile elde edilen hız.</i>
Zoonoz	<i>Hayvanlardan insanlara doğal koşullar altında geçebilen enfeksiyon hastalığıdır. Endemik (enzootik) veya epidemik (epizootik) olabilir.</i>

Endemi: Bir enfeksiyon etkeninin veya hastalığın belirli bir coğrafyada veya toplulukta sürekli görülmesi durumu. Hastalığın o bölgede veya grupta alışılmış bir prevalansının olması da aynı mesajı verir. Yerleşim yerinde etkenin yaşamasına elverişli koşullar süreklilik taşıyorsa enfeksiyon kalıcı olur. Örnek: Sıtma, Çukurova'da endemiktir (31).

Epidemi (salgın): Bir hastalığın veya sağlıkla ilişkili spesifik bir durumun belirli bir coğrafyada veya toplulukta beklenenden daha fazla sayıda görülmesi. Bir epideminin varlığını gösteren vakaların sayısı etkene ve maruz kalan popülasyonun büyüklüğü ve tipine göre değişir.

1- Patlayıcı epidemiler (Kolera vb) 2- Bulaşıcı epidemiler (Kızamık vb)

Pandemi: Bir enfeksiyon etkeninin endemik olarak bulunduğu veya epidemi yaptığı yöreden taşarak, beklenmeyen boyutlarda ve ülkelerarası salgına neden olmasına denir. Örneğin; AIDS ve Kolera pandemileri (31).

2.3.4. Bulaşıcı Hastalıklar

Bulaşıcı hastalık: Bir mikroorganizma veya onun toksik ürünlerine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıktır. Etkenin, bir enfekte kişiden, hayvandan veya rezervuardan; hayvan konak, vektör veya cansız çevre aracılığıyla, doğrudan veya dolaylı olarak bir duyarlı konağa geçişiyle oluşur (4).

Bulaşıcı hastalık, özel bir enfeksiyöz etkenin ya da onun toksik ürünlerinin, bir kaynaktan duyarlı kişiye doğrudan ya da dolaylı olarak geçmesiyle oluşan, toplumsal bir sağlık sorunudur (41). Etkenin üzerinde yaşadığı, yaşamını idame edebilmek için bağımlı olduğu, duyarlı bir konakçıya geçebilecek şekilde çoğaldığı, insan, hayvan, bitki gibi canlı ya da toprak gibi cansız varlıkların tümüne *enfeksiyon kaynağı* denir (42).

Toplum içinde görülen birçok mikro-canlı, klinik bulgu vermeden insan ya da hayvan üzerinde yaşayabilir, gelişebilir ve çoğalabilir. Bu duruma *enfeksiyon* adı verilir. Mikro-canlının ateş, kusma, halsizlik ve benzeri belirtiler vermesi durumuna ise, *enfeksiyon hastalığı* denilmektedir (41).

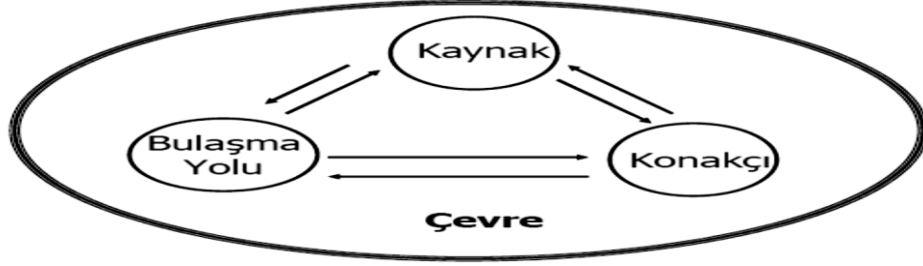
Aralarındaki farkın bilinmesi önemlidir. Çünkü;

1- Her enfekte kişi hasta olmaz, dolayısıyla tedaviye de gereksinim duymaz. Aslında hastalık oluşturmak, insanda yerleşen enfeksiyon ajanının amacı değildir. Yaşamını ve üremesini asalak olarak sürdürebilmek için üzerinde yaşadığı canlıda gerçek bir denge oluşmasını yeğler. Ajanla insan arasındaki dengeyi sağlayan etmenler arasında ajanın *enfektivitesi* (bedene yerleşme ve üreme gücü) ve *enfeksiyon dozu* (hastalandırabilmek için gerekli en az ajan sayısı) ve insanın direnci önemlidir (41).

2- Enfekte kişiler, hastalara kıyasla etkeni daha fazla yayarlar. Bulaşıcı hastalığı olanların çoğunlukla belirgin belirti verdikleri için tedavi için başvurması söz konusudur. Tedavi, ayırım ya da ölüm gibi nedenlerle toplumu enfekte etmeleri hasta olmadan etkeni yayanlara göre daha azdır. Hasta olmayıp, yalnızca enfekte olan kişilere ise *taşıyıcı* denir (31).

2.3.5. Bulaşıcı Hastalıkların Epidemiyolojisi ve Bulaş Yolu

Epidemiyoloji, normal koşullarda hastalığın nasıl oluştuğunu inceler. Konakçı, çevre ve etkene ait özellikleri inceleyerek, bu bilgileri hastalığın kontrolü için kullanacak yöntemleri araştırır. Birbirine bağlı çalışan bu üçlüye *enfeksiyon zinciri* denilmektedir (Şekil 2.2) (31).



Şekil 2.2. Enfeksiyon zinciri

Bulaşıcı hastalıkları kontrol edebilmek için bu zincirin kırılması gerekmektedir. Bu amaçla halk sağlığı bilimi bu zincirin halkalarına yönelik neler yapılabileceğine ilişkin bilgi üreterek, bulaşıcı hastalıkla mücadele yöntemlerini ortaya koymakta ve uygulamalarını sağlayıp izleyerek, ortaya konulan yöntemlerin ne ölçüde işe yaradığını da epidemiyolojik yöntemlerle test eder (31).

Bulaşıcı Hastalıklar ve Bulaşma Yolu

Bulaşma yolu bulaşıcı hastalıkların epidemiyolojisinde ve kontrolünde en önemli noktalardan biridir. Bulaşma doğrudan ve dolaylı bulaşma şeklinde iki türlü olur (31):

1- Doğrudan bulaşma: Hiçbir ara bulaşma yolu olmadan etkenin kaynaktan konağa geçmesine denir. Öpme, cinsel temas, damlacık ile bulaşma birer örnektir. Öksürük veya hapşırıkla püskürtülen 30-60 cm uzağa giderek bu mesafedeki mukoza zarlarının üzerine konabilir.

2- Dolaylı bulaşma: Araçlar, vektörler ve hava ile bulaşmadır. Araçlar yoluyla bulaşmada canlı olmayan cisimler kastedilmektedir. Örnek olarak yastık, havlu, tarak, bardak, kaşık, terlikler, oyuncaklar, cerrahi aletler, bulaşık gıdalar, toplardamar içi verilen sıvılardır.

2.3.6 Bulaşıcı Hastalığın Yol açtığı Zararlar

Bulaşıcı hastalıkların yol açtığı zararlar Tablo 2.5'te verilmiştir (42).

Tablo 2.5. Bulaşıcı Hastalığın Yol açtığı Zararlar

Ekonomik kayıplar	<i>Bulaşıcı hastalıklar tüm hastalıklar içinde en fazla işe, okula devamsızlığa, dolayısıyla toplumda işgücü kaybına neden olur. Örnek: Hastalananları iyileştirme için yapılan harcamalar</i>
Değerlerin kaybı	<i>İnsanın ölümü, ailesi ve toplum için karşılığı ölçülemeyecek duygusal çöküntüye yol açar. Ayrıca, kolayca önlenebilen birçok bulaşıcı hastalık yeterli önlem alınmadığı için geniş bir topluma yayılarak geri dönüşü olmayan sakatlıklar bırakabilir.</i>
Toplumsal işleyişin bozulması	<i>Salgın, toplumsal işleyişi kötü yönde etkiler. Ülkemizde son yıllarda yaşanmaya başlanan kuş gribi, Kırım-Kongo kanamalı ateşi, H1N1 salgınları toplumda haklı korkuya yol açmıştır.</i>
Sağlık örgütünün yürüttüğü rutin hizmetlerin aksamaması	<i>Bulaşıcı hastalık salgınlarının önlenememesi halinde eldeki tüm imkânlarda öncelik, salgın yapan bu hastalığa yönelir. Ana-çocuk sağlığı çalışmaları, aile planlaması uygulamaları, rutin hasta bakım hizmetleri durur, yataklı tedavi kurumların olanakları da bulaşıcı hastalığa yönelik kullanılmaya başlanır.</i>
Bulaşıcı hastalıkların uluslararası yayılım kolaylığı	<i>Bulaşıcı hastalık salgınları, günümüzde hızlanan ve artan uluslararası dolaşım nedeniyle sıklıkla uluslararası, bazen de kıtalararası yayılım gösterir. Günümüzde çok büyük ve hızlı uçaklar bu hastalıkları saatler içerisinde bir başka kıtaya taşıyabilmektedir (jet kökenli hastalık).</i>

2.3.7. Bulaşıcı Hastalıklarda Korunma ve Kontrol

Bulaşıcı hastalıkların kontrolü ulusal ve uluslararası çalışmalarla etkili olabilir. Bulaşıcı hastalıkların korunma ve kontrolü hakkında yapılması gerekenler ve alınması gereken önlemler, Tablo 2.6'da gösterilmiştir (43), (44).

Tablo 2.6. Bulaşıcı Hastalıklardan Korunma ve Kontrol Müdahaleleri

Korunma (Birincil korunma)		Kontrol (İkincil korunma)
Sağlığı geliştirici önlemler	Spesifik korunma	Erken tanı ve tedavi
<i>Sağlık eğitimi</i> <i>Kişisel hijyen</i> <i>Sosyo-ekonomik gelişme</i> <i>Fiziksel ve mental stresin önlenmesi</i> <i>Belirli aralıklarla muayene olmak</i> <i>Aile ve cinsel yaşam eğitimi</i> <i>Sağlık mevzuatı</i> <i>Toplumda hastalık kontrol programlarının bulunması</i> <i>Bulaşıcı hastalıklar konusunda araştırmalar yapılması</i> <i>Hastane ve evde kullanılan tedavilerin modernleştirilmesi</i>	Aktif ve pasif bağışıklama <i>Çocukluk hastalıklarına karşı rutin bağışıklama</i> <i>Seyahat edenlerin bağışıklanması</i> <i>Kemoprofilaksi</i> Sanitasyon <i>Gıda</i> <i>Süt</i> <i>Su</i> <i>Atıkların uzaklaştırılması</i> <i>Böcek kontrolü</i> <i>Rodent kontrolü</i> <i>Konut ve çalışma sağlığı</i> <i>Hastane enfeksiyonlarının kontrolü</i> Uluslararası önlemler <i>Uluslararası sanitasyon kurallarının belirlenmesi</i> <i>Limanlarda karantina önlemleri</i> <i>Yolcuların aşılınması</i> <i>Salgın önlemleri</i> <i>DSÖ'ne bildirim</i>	Hastaların kontrolü <i>Vakaların bulunması</i> <i>Erken tanı</i> <i>Hastalığın bildirimi</i> <i>İzolasyon(gerekliyse)</i> <i>Tedavi ve İzlem</i> Temaslıların kontrolü <i>Konakçının tanımlanması</i> <i>Sürveyans</i> <i>İzolasyon (gerekliyse)</i> <i>Aşılama-kemoprofilaksi</i> <i>Taşıyıcı muayenesi</i> Çevrenin kontrolü <i>Dezenfeksiyon</i> <i>Kaynağın saptanması ve kontrolü</i> <i>Taşıyıcıların kontrolü</i> <i>Bulaşmayı önleme</i> <i>Salgın önlemleri</i> <i>Uluslararası önlemler</i> <i>Okul sağlığı</i> Sağlık eğitimi <i>Hastalar, hastaların aileleri, temaslıların, toplumun eğitimi</i>

Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü

Bulaşıcı hastalıkların kontrolü şu şekilde başlıklandırılabilir (41):

- Hava yolu ile bulaşan hastalıkların kontrolü
- Su ve besinler ile bulaşan hastalıkların kontrolü
- Doğrudan temas ile bulaşan hastalıkların kontrolü
- Cinsel yolla ile bulaşan hastalıklar (CYBH)'in kontrolü
- Zoonotik hastalıkların kontrolü
- Vektörler ile bulaşan hastalıkların kontrolü
- Kan yolu ile bulaşan hastalıkların kontrolü

2.4. Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar

Bildirim ile ilgili tanımlar Tablo 2.7’de verilmiştir (4):

Tablo 2.7. Bildirim ile İlgili Tanımlar

Bildirim	<i>Sağlık otoritesinin resmi iletişim kanalları ile vakalar veya salgınlardan haberdar edilmesi işlemi.</i>
İhbar	<i>Bazı bildirimi zorunlu hastalıklarda vaka veya salgın söz konusu olduğunda tanı koyan sağlık kurumundan yerel sağlık otoritesine durumun en kısa zamanda iletilmesi.</i>
Bildirimi zorunlu hastalık	<i>Yasal bir gereklilik ile uygun yetkide bir yere (yerel veya merkezi sağlık otoritesi) rapor edilmesi zorunlu hastalık. Güncel gelişmeler, hastalıkların standart tanı kriterleri ve ülkelerin koşulları göz önüne alınarak, bildirimi zorunlu hastalıklar listesi yenilenmektedir</i>
Sendrom	<i>Her birinin tek başına bulunmasına kıyasla daha çok sıklıkla bir arada bulunması ile tanıya götüren semptomlar, bulgular kompleksi</i>
Sendromik bildirim	<i>Sürveyans altındaki bir sağlık olayının, spesifik bir hastalık tanımına göre değil, sendrom temelinde yapılmış bir vaka tanımına göre bildirilmesi (örn.; akut hemorajik ateş sendromu)</i>
“Sıfır vaka” bildirimi	<i>Bildirim yapmakla yükümlü kişi veya birim tarafından vaka olmadığında “sıfır vaka” şeklinde bildirim yapılması. Bildirim yapanın unutmadığından, veriyi kaybetmediğinden emin olunmasını sağlar.</i>

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar (BZBH) için vaka tanımlamaları ve sınıflamaları içeren bir Rehber (4), Resmi Gazete’de, 6 Kasım 2004 tarihinde “Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Hakkındaki Tebliğ” başlığı ve 25635 sayı ile yayınlanmıştır. Rehberdeki hastalıklarda, ülke için halk sağlığı sorunu olması, hastalığa tanı konabilme kapasitesi, hastalığın özel bir programının olması, Avrupa Birliği ülkeleri bildirim sistemlerinde ve topluluk bilgi ağı kapsamında olması gibi ölçütler göz önüne alınıp bildirimi yapılacak hastalıklar 4 gruba ayrılmıştır (11).

2.4.1. BZBH Grupları

Bulaşıcı hastalıkların bildirimi sistemi yönergesi II. Bölüm; sorumluluklar, usul ve esaslar madde 7.'ye göre Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar dört gruba ayrılır:

- Birinci grup, “A Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar”,
- İkinci grup, “B Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar”,
- Üçüncü grup, “C Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar”,
- Dördüncü grup, “D Grubu Bildirimi Zorunlu Enfeksiyon Etkenleri”.

A Grubu BZBH (Grup A Hastalıklar):

A Grubundaki hastalıklar birinci basamaktan itibaren sağlık sisteminde yer alan tüm kurumlardan bilgi toplanmasını gerektirirken, önemli bir kısmı için hastanın ilk başvuru noktası birinci basamaktır. Birinci basamak hekimi, standart vaka tanımına göre hastaya tanı koyabildiği ölçüde bildirimini yapar ve gerekli araştırmaları başlatır. Tanı olanakları kısıtlı olduğunda ise hastayı bir üst basamağa gönderir; ya da hasta doğrudan üst basamağa başvurur.

Her iki durumda da ikinci (veya üst) basamak bir yandan tanı koyup tedaviye başlarken diğer yandan, hastaya ait bilgileri hastanın yaşadığı yerin sağlık sorumlularına (Form 014'le, HSM üzerinden, ASM'ye) en kısa sürede iletmekle yükümlüdür. Amaç; hasta ile aynı çevrede yaşayanlar arasında benzer vakalar olup olmadığının ve/veya hastalığın kaynağının araştırılabilmesini sağlamaktır.

Tablo 2.8. Grup A Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Listesi

AIDS/HIV ENFEKSİYONU	AKUT KANLI İSHAL	BOĞMACA
BRUSELLOZ	DİFTERİ	GONORE
AKUT VİRAL HEPATİTLER	KABAKULAK	KIZAMIK
KIZAMIKÇIK	KOLERA	KUDUZ/KUDUZ RİSKLİ TEMAS
MENİNGİKOKAL HAST.	TETANOZ (NEONATAL)	POLİOMYELİT
SITMA	SİFİLİZ	ŞARBON
ŞARK ÇIBANI	TİFO	TÜBERKÜLOZ

B Grubu BZBH (Grup B Hastalıklar):

B Grubunda; başta DSÖ'nün 1969 tarihli Uluslararası Sağlık Düzenlemeleri (International Health Regulations) olmak üzere çeşitli kararlar uyarınca, kuşku duyulduğu anda ihbarı zorunlu olan hastalıklara yer verilmiştir. Bunlar arasında çiçek, insanoğlunun sağlık mücadelesinin en büyük başarı örneği olarak 1970'lerin sonuna gelinirken yeryüzünden silinmiş bir hastalıktır.

B grubunda yer alan diğer hastalıklar ise ülkemizde ya hiç ya da uzun zamandan bu yana görülmemiştir. Dünyanın bazı bölgelerinde halen var olmaları, yayılma eğilimleri ve yüksek mortaliteleri, uluslararası önlemlerin sürdürülmesinin başlıca gerekçelerini oluşturur. Bu hastalıklardan olası bir vaka ile karşılaşan hangi basamak sağlık kurumu olursa olsun, doğrudan ve en hızlı araçla THSK'ya ihbar etmekle yükümlüdür. Uluslararası düzeyde ise, bu hastalıkların bildirilmesi, yalnızca Bakanlığın yetkisindedir.

Tablo 2.9. Grup B Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Listesi

ÇİÇEK	SARIHUMMA	EPİDEMİK TİFÜS	VEBA
-------	-----------	----------------	------

C Grubu BZBH (Grup C Hastalıklar):

C Grubuna gelince; önemli bir kısmını bildirim sistemine yeni katılan hastalıklar oluşturur. Ortak özellikleri ise trahom hariç hiç biri için birinci basamaktan bildirim istenmemesidir. Hastalığa göre değişen nedenlerle ancak, hepsi için geçerli olan, bu hastalıkların “sentinel sürveyans” anlayışı içinde izlenecek olmalarıdır. Bunun için üç nedenden bahsedebiliriz:

1) Bu hastalıkların bir kısmı ancak ikinci basamaktan itibaren ya da daha üst uzman kurum veya laboratuvarlarca tanımlanabilirler; bu kurumlardan bildirim alınması yeterli kabul edilir.

2) İnfluenza salgını söz konusu olduğunda bütün vakaların değil ama salgına neden olan etkeni sınıflandırmaya yetecek sayıda vaka örneğinin incelemeye alınması kuraldır, bunun da belli bir merkezde yapılmasının salgının kontrol edilmesi ile ilgili amaçlara yeterince karşılık geldiği kabul edilir,

3) Kimi durumda da (CJD, konjenital rubella) bilginin birinci basamağa geri dönmesinin ve oradan bildirilmesinin sürveyansa pratik bir katkısı yoktur.

Anlaşılabacağı üzere C Grubuna giren hastalıkların sürveyansı ülkemizin sağlık sistemi için de önemli ölçüde yeni bir deneyim olacaktır. İkinci basamak ve üzerinde, uzmanlık kapasiteleri ilişkili olarak bu hastalıklar için tanı ve tedavi hizmeti sunabilen her sağlık kurumu, bildirim yapmakla da yükümlü olacaktır.

Tablo 2.10. Grup C Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Listesi

AKUT HEMORAJİK ATEŞ	CREUTZFELDT-JAKOB HASTALIĞI	SUBAKUT SKLEROZAN PANENSEFALİT (SSPE)
H.INFLUENZA Tip b ENF.	KONJENİTAL RUBELLA	ŞİSTOZOMİYAZ
EKİNOKOKKOZ	LEJYONER HASTALIĞI	TRAHOM
KALA-AZAR	LEPRA	TOKSOPLAZMOZ
İNFLUENZA (Grip)	LEPTOSPIROZ	TULAREMİ

D Grubu BZBH (Grup D Enfeksiyon Etkenleri):

D Grubu, diğer gruplardan farklı olarak; “enfeksiyon etkenleri”nin bildirimini tarif etmektedir. Bu; laboratuvarların ilk kez, doğrudan bildirim sistemine girmelerini gerektiren önemli bir yeniliktir. Amaç, halen halk sağlığı sorunu olarak önemini koruyan bazı bulaşıcı hastalıkların etiyolojik ajanları hakkında veri toplayıp, ileri epidemiyolojik araştırmalarının yapılabilmesidir.

Dikkate değer nokta; laboratuvarın ancak kabul edilebilir asgari bir teknik ile tanı koyabiliyorsa bildirim yapacağıdır. Dolayısıyla A, B ve C Grubu hastalıkların bildiriminde laboratuvarın üstlendiği dolaylı rol ile birlikte, D Grubu sürveyans tipi; standardizasyon ve kalite güvencesi ilkelerine göre çalışma anlayışının yaygınlaşmasını da beraberinde getirecektir.

Tablo 2.11. Grup D Bildirimi Zorunlu Enfeksiyon Etkenleri Listesi

CAMPYLOBACTER JEJUNI/COLI	CHLAMYDIA TRACHOMATIS	LISTERIA MONOCYTOGENES
ENTAMOEBA HISTOLYTICA	ENTEROHEMORAJİK E.COLI (EHEC)	GIARDIA INTESTINALIS
SALMONELLA SP.	SHIGELLA SP.	CRYPTOSPORIDIUM SP

2.4.2. BZBH Gruplarının Bildirimi

A Grubu BZBH (Grup A Hastalıklar)'nin Bildirimi

Bu grupta (Tablo 2.8) bulunan hastalıkların bildirimi, Türkiye genelinde hizmet veren bütün sağlık kuruluşlarından yapılır.

1. Grup A Hastalıklar sağlık ocaklarında saptanmış ise; Vakalar Form 016'ya günlük olarak işlenir. Ay sonunda Form 016'da bulunan hastalıklar Form 017/A'ya kaydedilir. Form 017/A'lar AYLIK olarak HSM'ye gönderilir. Vaka başka bir sağlık ocağı bölgesi kayıtlarında ise; Form 014'e işlenir ve hemen ilgili ASM'ye gönderilir.

2. Grup A Hastalıklar yataklı tedavi kuruluşları (devlet hastaneleri, Sağlık Bakanlığı eğitim hastaneleri, üniversite, SSK ve askeri hastaneler), ya da özel sağlık kuruluşlarınca (özel hastaneler, hekimler.) saptanmış ise; Vakanın tespit edildiği gün, Form 014 ile İlçe Grup Başkanlıkları veya HSM'ye bildirim yapılır.

İlçe Grup Başkanlıkları ve HSM, Form 014 ile bildirilen vakaları bağlı oldukları ASM bölgesine göre ayırır ve ilgili ASM'ye Form 014'leri gönderirler. ASM'ler, Form 014 ile bildirilen hastalıkları Form 016'ya işleyip, ay sonunda Form 017/A'ya kaydeder ve AYLIK olarak HSM'ye bildirim yaparlar.

3. HSM'de ASM'lerden gönderilen Form 017/A'ların icmalı yapılarak Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne (TSHGM) AYLIK olarak gönderilir.

B Grubu BZBH (Grup B Hastalıklar)'nin Bildirimi

Bu grupta (Tablo 2.9) bulunan hastalıklar; ülkemizdeki hangi sağlık kuruluşu tarafından tespit edilmiş olursa olsun, bütün sağlık kuruluşlarınca tespit edildiği anda ihbarı zorunlu olan hastalıklardır. Grup B'de yer alan hastalıklar aynı zamanda DSÖ'nün Uluslararası Sağlık Düzenlemeleri çerçevesinde uluslararası bildirimi zorunlu olan hastalıklardır.

Bildirimler Sağlık Bakanlığı TSHGM Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığına telefon açılarak yapılacaktır. Ayrıca HSM'ye de hemen telefonla bildirilir. HSM ve TSHGM Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı hastalıkla ilgili araştırmayı birlikte yaparlar.

C Grubu BZBH (Grup C Hastalıklar)'nin Bildirimi

Bu grupta (Tablo 2.10) bulunan hastalıkların bildirimleri, her sağlık kuruluşundan yapılmaz! Bildirimler; Rehber (4)'in Grup C hastalıklar için hazırlanmış “Standart Tanı Kriterleri” kısmında, “Sürveyans Tipi” bölümünde belirtilen sağlık kurum ve kuruluşlarından yapılır.

Buna göre;

1. Grup C hastalık bildirimleri tanımlanan sağlık kuruluşlarından İlçe sınırlarında hizmet verenler İlçe Grup Başkanlıklarına veya İl merkez sınırları içinde hizmet verenler HSM “Form 014” ile GÜNLÜK olarak yapılır.

2. İlçe Grup Başkanlıkları kendilerine gelen “Form 014”leri İl Halk Sağlığı Müdürlüğüne gönderir.

3. HSM Form 014’lerin bağlı bulundukları ASM bölgesine göre ayırımı yapılır. Hastalık ile ilgili filyasyon, salgın araştırma, vaka araştırması çalışmalarının başlatılması ve/veya ASM’nin bilgilendirilmesi için ilgili ASM’ye gönderilir. HSM tarafından tarif edilen sağlık kuruluşlarından ve İlçe Grup Başkanlıklarından gelen Form 014’lerin AYLIK olarak özetlerini çıkararak, “Form 017/C”yi doldurur ve Sağlık Bakanlığı TSHGM gönderirler.

D Grubu BZBH (Grup D Enfeksiyon Etkenleri)'nin Bildirimi

Bu grupta (Tablo 2.11) diğerlerinden farklı olarak bildirimi zorunlu olan hastalık değil enfeksiyon etkenidir. Söz konusu enfeksiyon etkenlerinin bildirimleri de her sağlık kuruluşundan değil; Rehber (4)'in Grup D için hazırlanmış “Standart Tanı Kriterleri” kısmında, “Sürveyans Tipi” bölümünde belirtilmiş olan laboratuvarlardan yapılır. Devlet Hastaneleri, Üniversite, SSK ve Askeri Hastanelerin laboratuvarları ile diğer kamuya ait hastanelerin laboratuvarları, İl Halk Sağlığı Laboratuvarları, Bölge ve Merkez Hıfzıssıhha Laboratuvarları, Grup D enfeksiyon etkenlerinin bildiriminden sorumludurlar.

Buna göre;

1. Tanımlanan laboratuvarlar, Grup D içinde yer alan enfeksiyon etkenlerinin herhangi biri için standart kriterler uyarınca pozitif bir bulgu elde ettiğinde, GÜNLÜK olarak Kurumunun bildirim sorumlusuna “Grup D Enfeksiyon Etkenleri Bildirim Fişi” ile bildirir.

2. Bildirim sorumlusu HAFTALIK olarak Grup D Enfeksiyon Etkenleri Bildirim Fişlerinin icmalini yaparak Form 017/D'yi doldurur. Form 017/D ve Grup D Enfeksiyon Etkenleri Bildirim Fişlerini İlçe Grup Başkanlıkları veya HSM'ye gönderir.

3. İlçe Grup Başkanlıkları, tanımlanan laboratuvarlardan Grup D Enfeksiyon Etkenleri Bildirim Fişlerini bağlı bulundukları ASM bölgesine göre ayırımı yapılır. Hastalık ile ilgili filyasyon, salgın araştırma, vaka araştırması çalışmalarının başlatılması ve/veya sağlık ocağının bilgilendirilmesi için ilgili ASM'ye gönderilir. Tanımlanan laboratuvarlardan gelen Form 017/D'lerin icmalini yapar AYLIK olarak HSM'ye gönderir.

4. Halk Sağlığı Müdürlüklerinde Grup D Enfeksiyon Etkenleri Bildirim Fişlerini bağlı bulundukları ASM bölgesine göre ayırımı yapılır. Hastalık ile ilgili filyasyon, salgın araştırma, vaka araştırması çalışmalarının başlatılması ve/veya ASM'nin bilgilendirilmesi için ilgili ASM'ye gönderilir. HSM'ler tarif edilen sağlık kuruluşlarından ve İlçe Grup Başkanlıklarından gelen Form 017/D'lerin özetlerini çıkarır, AYLIK olarak İlçe ait Form 017 D'yi doldurur ve Sağlık Bakanlığı TSHGM gönderirler (4).

2.4.3. ICD 10 ve Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar

Bulaşıcı hastalıklar bildirim sistemi formlarına göre ICD -10' da yer alan hastalıklar; Tablo 2.12, Tablo 2.13 ve Tablo 2.14'de belirtilmiştir (4). A, B, C Grubu BZBH ile ilgili bildirim formlarına ve ICD-10'a göre hastalıkların tanı kodu ve adları karşılaştırılmıştır. D Grubu ise hastalıktan çok enfeksiyon etkenlerinin tanımlanmasına yönelik olduğundan dolayısıdır ki Grup D Enfeksiyon Etkenleri şeklinde isimlendirilirler, ICD-10' göre hastalık tanı kodu ve adlarıyla karşılaştırma yapılamamıştır.

Tablo 2.12. Form 017A ve ICD-10'a Göre Hastalıkların Tanı Kodu ve Adları Karşılaştırması

FORM 017/A BZBH KODU VE ADLARI		ICD - 10 HASTALIK KODU VE ADLARI	
BZBH KODU	BZBH ADI	ICD-10 KODU	HASTALIK ADI
A01	AIDS	B20-24	AIDS(HIV)
A02	Akut Kanlı İshal	A09	Diyare ve gastroenterit, enfeksiyöz kaynaklı olduğu tahmin edilen
A03	Boğmaca	A37	Boğmaca
A04	Bruselloz	A23	Bruselloz
A05	Difteri	A36	Difteri
A06	Gonore	A54	Gonokok enfeksiyonu
A07	HIV Enfeksiyonu	B20-24	İnsan immün Yetmezlik Virüsü(HIV) Hastalığı
A08	Kabakulak	B26	Kabakulak
A09	Kızamık	B05	Kızamık
A10	Kızamıkçık	B06	Kızamıkçık(Rubella)
A11	Kolera	A00	Kolera
A12	Kuduz	A82	Kuduz
A12	Kuduz Riskli Temas	Z20.3	Kuduzla temas ve maruz kalma
A13	Meningokokkal Hastalık	A39	Meningokok enfeksiyonu
A14	Neonatal Tetanoz	A33	Yenidoğan tetanozu
A15	Poliomiyelit	A80	Akut poliomiyelit
A16	Sıtma	B53	Sıtma
A17	Sifiliz	A53	Sifiliz
A18	Şarbon	A22	Şarbon
A19	Şark Çıbanı	B55	Deri Leishmaniasisi
A20	Tetanoz	A35	Tetanoz,diğer
A21	Tifo	A01.0	Tifo
A22	Tüberküloz	A15-19	Tüberküloz
A23	Viral Hepatitler(Akut)	B15	Akut Hepatit A
A23	Viral Hepatitler(Akut)	B16	Akut Hepatit B
A23	Viral Hepatitler(Akut)	B17.1	Akut Hepatit C
A23	Viral Hepatitler(Akut)	B17.2	Akut Hepatit E

Tablo 2.13. Form 017B ve ICD-10'a Göre Hastalıkların Tanı Kodu ve Adları Karşılaştırması

FORM 017/B BZBH KODU VE ADLARI		ICD - 10 HASTALIK KODU VE ADLARI	
BZBH KODU	BZBH ADI	ICD-10 KODU	HASTALIK ADI
B01	Çiçek	B03	Çiçek
B02	Epidemik Tifüs	A75.0	Tifüs,Rickettsia prowazekii'ye bağlı epidemik bitile taşınan
B03	Veba	A20	Veba
B04	Sarı Humma	A95	Sarı humma

Tablo 2.14. Form 017C ve ICD-10'a Göre Hastalıkların Tanı Kodu ve Adları Karşılaştırması

FORM 017/C BZBH KODU VE ADLARI		ICD- 10 HASTALIK KODU VE ADLARI	
BZBH KODU	BZBH ADI	ICD-10 KODU	HASTALIK ADI
C01	Akut Hemorajik Ateş Sendromu	A98	Kırım Kongo
C02	Yeni Varyant Creutzfeldt-Jacob Hastalığı	A81.0	Creutzfeldt-Jacob hastalığı
C03	Ekinokokkoz (Kist Hidatik)	B67	Ekinokokkoz
C04	Haemophilus Influenza Tip B (Hib) Menenjit	G00.0	Haemophilus influenza
C05	İnfluenza (Grip)	J10	İnfluenza, belirlenmiş influenza virüsüne bağlı
C06	Kalaazar (Visceral Leishmaniasis)	B55.0	Viseral Leishmaniasis
C07	Konjenital Rubella	P35.0	Konjenital Kızamıkçık Sendromu
C08	Lejyoner Hastalığı	A48.1	Lejyoner hastalığı
C09	Lepra	A30	Lepra
C10	Leptospiroz	A27	Leptospiroz
C11	Subakut Sklerozan Panensefalit (SSPE)	A81.1	Subakut Sklerozan Panensefalit
C12	Şistozomiyaz	B65	Şistozomiyaz(bilharziyaz)
C13	Toksoplazmoz	B58	Toksoplazmoz
C14	Trahom	A71	Trahom
C15	Tularemi	A21	Tularemi

2.5. Bildirim Sistemi (Sürveyans)

Sürveyans: Verilerin sistematik olarak toplanması, biriktirilmesi ve özellikle elde edilen sonuçlara göre harekete geçecek kişiler başta olmak üzere bu sonuçlara ihtiyacı olan birimlere hızla geri bildirimini sağlayacak şekilde verilerin değerlendirilmesi sürecidir.

Sürvey: Bilginin sistematik olarak toplandığı bir araştırmadır. Genellikle belirlenmiş bir toplulukta, belli bir zaman aralığında yürütülür. Sürveyanstan farklı olarak süreklilik arz etmez (4).

Sentinel sürveyans: Bir hastalık için olguların erken saptanması veya eğilimler hakkında gösterge sayılabilecek bilgiye ulaşılmasında; verilerin, toplumun kalan kısmındaki duruma işaret edecek şekilde, bir örnek popülasyondan toplandığı sürveyans tipidir. (Örn.; influenza virus yapısının takip edilmesi veya aşının doğru komponentleri içerip içermediğinin kontrol edilmesi için bir kaç hastanenin kullanılması ile yapılan sentinel sürveyans.) Poliomyelit için olduğu gibi her olgunun saptanmasını ve önlem alınmasını gerektiren durumlarda sentinel sürveyans yapılmaz!

Aktif sürveyans: Sürveyans sisteminde bildirim yapmakla yükümlü kişi veya birimlerin rapor etmesini beklemeksizin, yetkili birimlerce düzenli olarak verilerin toplanması. (örn. Klinisyenleri ayda bir telefonla aramak.)

Pasif sürveyans: Katılımcılardan aktif olarak veri toplanmayan, bildirimin kendiliğinden yapılmasının beklendiği sürveyans sistemi.

Laboratuvar sürveyansı: Belirli bir organizmanın laboratuvarda yalıtımı veya *identifikasyonunun* başlangıç noktası olarak alındığı sürveyans. (örn. Salmonelloz sürveyansı..).

Vaka bazlı sürveyans: Her bir vakaya ait özellikli verinin toplanması yoluyla bir hastalığın sürveyansı (örn. poliomyelit sürveyansında AFP vakalarına ait detaylı bilgi toplanması).

Vaka: Sürveyans amaçları veya salgın için yapılmış bir vaka tanımı ile uyumlu bir hastalığa ya da sağlık sorununa sahip kişi. Sürveyans veya salgın araştırma amacı için yapılmış bir vaka tanımının geleneksel klinik tanımlamalarla aynı olması bir gereklilik değildir.

Vaka sınıflaması: Kriterlerin destekleme derecesine göre “vaka” olma olasılığının derecelendirilmesi (örn. olası vaka, kesin vaka...). Bu özellikle vakanın çok erken bildirilmesi gerekli durumlar (ebola hemorajik ateş v.b.) için ve kesin tanısının konulmasında güçlük olan (zor lab testleri gerektiren v.b) durumlar için kullanışlıdır.

Yetkili laboratuvar: Özellikle DSÖ’nün Uluslararası Sağlık Düzenlemeleri ve benzeri kararlar çerçevesinde karantina gerektiren hastalıklar kategorisindeki ve ülkemizde hiç bir laboratuvar da tanısı gerçekleştirilemeyen özellikli enfeksiyonların tanısında (akut hemorajik ateş sendromu) Sağlık Bakanlığı’nın yetkilendirdiği laboratuvar veya kurumdur (4).

2.5.1. Sürveyans ve Halk Sağlığı

Sürveyans, halk sağlığı çalışmalarının planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi için gerekli sağlık verilerinin sürekli ve sistematik biçimde toplanması, analiz edilmesi ve yorumlanmasıdır; aynı zamanda tüm bu bilgilerin, ihtiyacı olan kişilere dağıtımının zamanında ve bütüncül biçimde yapılmasıdır. Sürveyans, sağlık olaylarının halk sağlığı üzerindeki etkisini ve eğilimlerini belirlemek veya bunları ölçmek için kullanılır. Halk sağlığı sürveyansı, hükümetler için, yönetim sorumluluklarını yerine getirmek bakımından önemlidir. Ülkelerin sağlık öncelikleri; hastalıkların kontrol edilmesini, azaltılmasını ve önlenmesini içermekte olup sürveyans, onlar için bu öncelikleri yerine getirebilmek açısından kilit bir stratejidir (45).

Sürveyans belirli bir nüfusta meydana gelen olaylar ile ilgili verilerin toplanması, yönetilmesi, analiz edilmesi ve raporlanması faaliyetlerini kapsayan dinamik bir süreçtir. Benenson 1985 yılında sürveyansı “etkili bir kontrol için hastalıkların görülmesi ve yayılmasının her yönü ile sürekli olarak araştırılmasıdır” şeklinde tanımlamıştır. Hastalık Kontrol Merkezi [Centers for Disease Control and Prevention (CDC)] ise sürveyansı “halk sağlığı uygulamalarının planlanması ve geliştirilmesine temel oluşturacak sağlık verilerinin sürekli ve düzenli olarak toplanması, analizi ve yorumunun yapılarak gerekli yerlere ve kişilere bildirilmesi” olarak ifade etmektedir.

2.5.2. Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyansı Ve Kontrol Esasları

Bildirime Esas Bulaşıcı Hastalıkların Standart Vaka Tanımları ve Vaka Tanımlarının Uygulanması İçin Genel Prensipler (4)

Aksi özel olarak belirtilmediği sürece, yalnızca belirti veren vakalar rapor edilir. Ancak, eğer enfeksiyon, tedavi gerekleri veya halk sağlığı uygulamaları açısından önemli ise belirti vermeyen enfeksiyonlar da 'vaka' olarak değerlendirilir. 'epidemiyojik olarak ilişkili vaka' doğrulanmış bir vaka ile teması olan veya doğrulanmış bir vaka ile aynı duruma maruz kalan vakadır (örneğin aynı gıdanın yenilmesi, aynı otelde kalınması vb.).

Aşağıda verilen iki-seviyeli sistem kullanılır:

Olası vaka: net bir klinik tabloya sahip ve/veya destekleyici bir laboratuvar testi sonucu pozitif bulunmuş veya kesin vaka ile epidemiyojik olarak ilişkili.

Kesin vaka: laboratuvar incelemeleri ile doğrulanmış (46).

Kızamıkçık (A grubu)

Klinik tanımlama: Belirtilerin tümünün görüldüğü hastalık; Ani başlangıçlı yaygın makulopapüler döküntü ve 37.2°C den yüksek ateş ve Artralji/artrit, özellikle suboksipital bölgede lenfadenopati veya konjuktivit.

Tanı için laboratuvar ölçütleri: Rubella IgM'nin pozitif olması, Akut ve konvelesan dönemler arasında Rubella IgG titrelerinde ≥ 4 kat artış, Hücre kültürlerinde Rubella virüs yalıtımı.

Vaka Sınıflaması:

Olası Vaka: yoktur.

Kesin Vaka: (a) Klinik tanımlama ile uyumlu ve laboratuvar ölçütlerinden en az biri ile pozitif bulunan vaka veya (b) Klinik tanımlama ile uyumlu ve bir kesin vaka ile epidemiyojik bağlantısı olan vaka.

Sarı Humma (B grubu)

Klinik tanımlama: Akut başlangıçlı yüksek ateş ve takibeden iki hafta içinde sarılıkla karakterize hastalık. Hemorajik manifestasyonlar ve renal yetmezlik bulguları olabilir.

Tanı için laboratuvar ölçütleri: Yellow fever virusunun klinik örneklerden yalıtımı, Yellow fever özellikli IgM antikorlarının pozitif bulunması, Çift serum örneğinde IgG titrelerinin ≥ 4 kat artması, Pozitif post-mortem karaciğer histopatolojisi, İmmunokimyasal yöntemlerle dokularda yellow fever virus antijenlerinin bulunması, Kanda veya dokularda PCR ile yellow fever virus gen diziliminin saptanması (Not: Laboratuvar tanısı yalnızca yetkilendirilmiş merkezlerde konur.)

Vaka sınıflaması:

Olası Vaka: Klinik tanımlama ile uyumlu ve öyküsünde endemik bölgelere seyahat gibi epidemiyolojik ilişki bulunan vaka.

Kesin Vaka: (a) Laboratuvar ölçütlerinden en az biri ile doğrulanmış olası vaka (b) Klinik tanımlama ile uyumlu ve bir kesin vaka ile epidemiyolojik ilişkisi olan vaka.

Konjenital Rubella Sendromu (C Grubu)

Klinik tanımlama: Gebeliği sırasında annenin geçirdiği kızamıkçık enfeksiyonunun bir sonucu olarak ortaya çıkan ve bebekte aşağıdaki kategorilerde yer alan bulgu(lar) ile karakterize sendrom

A) Major bulgular: Katarakt (ve/veya konjenital glokom), konjenital kalp hastalığı, sağırılık, pigmenter retinopati

B) İlişkili bulgular: Trombositopenik purpura, splenomegali, sarılık, mikrosefali, mental retardasyon, meningoensefalit, miyokardit, radiolucent kemik lezyonları.

Tanı için laboratuvar ölçütleri: Rubella özellikli IgM antikor varlığının gösterilmesi veya Anneden pasif transfer halinde düşmesi gereken süreden (8-12 ay) daha uzun süre boyunca bebeğin rubella antikor düzeylerinin pozitif bulunması (aylık incelemelerde rubella HI, PHA, LA testleri veya ELISA IgG ile ölçülen antikor titrelerinin beklenen oranda düşmemesi).

Vaka Sınıflaması:

Olası Vaka: Klinik tanımlamada belirtilen en az iki A kategorisi belirtisi veya en az bir A ve bir B kategorisi belirtisi olan vaka.

Kesin Vaka: Laboratuvar ölçütleri en az biri ile uyumlu olası vaka.

Enterohemorajik Echerichia Coli [EHEC] (D grubu)

Klinik tanımlama: Ilımlı ve kansız, sulu dışkılama veya Bol kanlı ancak fekal lökosit içermeyen dışkılama ile karakterli ishal tablosu.

(Not: Enfeksiyon asemptomatik seyirli olabileceği gibi bazı bireylerde de hastalığı takiben HUS veya daha nadiren TTP gibi komplikasyonlar gelişebilir.)

Tanı için geçerli laboratuvar teknikleri:

Destekleyici: Dışkı örneğinin özellikli kültürlerinden; E.coli 0157:H7 veya E.coli O157:NM kökenlerinin veya diğer EHEC serotiplerinden birinin yalıtımı.

Doğrulayıcı: İzole edilmiş EHEC serotiplerinin ELISA, hücre kültürü, RPLA veya PCR yöntemlerinden biri ile Shiga-toksin ürettiğinin gösterilmesi.

Vaka sınıflaması:

Olası tanı: Destekleyici laboratuvar teknikleri ile elde edilen pozitif bulgu (Shiga-toksin üretimi gösterilememiş).

Kesin tanı: Doğrulayıcı laboratuvar teknikleri uygulanarak elde edilen pozitif bulgu (Shiga-toksin üretimi gösterilmiş).

2.5.3. Bulaşıcı Hastalıklar Bildirim Sistemi Sınıflandırma Tablosu

Bulaşıcı Hastalıklar Sistemi Sınıflandırma Tablosu'nun (anketimizdeki bildirim sistemi ile ilgili olan 35. soruda kullanılmıştır.) belirtilen, ASM'den yapılan olası/kesin vaka bildirimlerinin püf noktaları şöyle özetlenebilir (bakınız Ek 7):

Genişletilmiş Bağışıklama Programı sürveyans formu ve form 017'ler ile aylık olarak bildirilen hastalıklar; difteri, boğmaca, tetanoz, kızamık, hepatit B, neonatal tetanozdur.

HSM'ye olası vaka bildiriminin zorunlu tutulmadığı A grubu hastalıklar (kızamıkçık, sıtma, sifiliz, şark çıbanı, tetanoz ve tüberküloz) ile ilgili vakalar, bildirim sistemine veri olarak girmemektedir.

THSK'ye olası vaka bildirimleri yapılan A grubu hastalıklar; boğmaca, kızamık, kuduz riskli temas, poliomyelit, tifodur.

A grubu hastalıklardan akut kanlı ishal, kabakulak, kızamıkçık, viral hepatitlerin salgın durumunda; gonore ve sifiliz ise özel durum arz eden kişilerde görüldüğünde ivedi ihbarı söz konusudur (47), (48).

2.5.4. Bulaşıcı Hastalıklar Kontrol Programları Şubesi Verileri

Çalışmamızda, aile hekimlerinin en sık bildirim yaptığı ve yapmadığı hastalıkları sorgulamamızdan ötürü; Yenimahalle TSM'ye bağlı Bulaşıcı Hastalıklar Kontrol Programları Şubesinden edindiğimiz verilere göre, 01.01.2016 tarihinden itibaren, Ankara ili merkezinde yer alan Yenimahalle ilçesindeki tüm kurumlardan yapılan BZBH bildirimleri ile sadece aile sağlığı merkezlerinden yapılan BZBH bildirimlerini karşılaştırmayı uygun gördük (49).

Yenimahalle ilçesinden toplamda 843 BZBH bildirim yapılmıştır. Bunun % 11,5'i (n=97 BZBH) sadece ASM'lerden (aile sağlığı birimlerinden) yapılırken, %2,6'sı (n=22 bildirim zorunlu Enfeksiyon Etkeni) Form 014/D kullanılarak laboratuvarlardan bildirilmiştir. Bu dönemde hiç B grubu BZBH bildirilmezken, %85,7 ile A grubu en sık bildirilen BZBH grubu olmuş, %11,7 ile C grubu ikinci sırada yer almıştır. Vaka tipi olarak ise %50'si Olası Vaka (n=422), %25,7'si Şüpheli Vaka (n=217), %21,6'sı Kesin Vaka (n=182) ve %2,7'si Kesin Tanı (Laboratuvarlardan yapılan)'dır.

Toplamda 843 BZBH'nin %41,9'u Kuduz/Kuduz riskli temas (n=347), % 24,2'si Döküntülü Hastalıklar (n=204) (Suçiçeği, tek başına %23,7 gelmekte, n=200), %14,5'i Tüberküloz (TBC) (n=122) , %7,8'i İnfluenza (Grip) (66), %5,1'i İshal (43) (Akut Gastroenterit, tek başına %2,4 gelmekte, n=20), %6,5'i diğer BZBH olarak bildirilmiştir.

Aile sağlığı birimlerinden bildirilen 97 BZBH'nin %78,3'ü A grubu (n=76) ,%21,7'si C grubu (tamamı olası vaka şeklinde, n=21) olarak kayıtlara geçerken, % 68'i Döküntülü Hastalıklar (n=66) (Suçiçeği, tek başına %66 gelmekte, n=64), %20,6'sı İnfluenza (Grip) (tamamı olası vaka şeklinde, n=20), %8,3'ü Akut Gastroenterit,(AGE, n=8), %3,1'i diğer BZBH (Kuduz Riskli Temas sadece 1 kez bildirilmiş.) olarak bildirilmiştir (49).

Verilere göre; tüm kurumlardan yapılan bildirimlerde en tepede yer alan Kuduz/Kuduz Riskli Temas bildirimini yapan kurumlar aslında ASM ve laboratuvarlar dışındaki kurumlardır (çoğunluk hastane acilleri olmak üzere). Aile sağlığı birimlerinden, en sık Döküntülü Hastalıklar (başta Suçiçeği), İnfluenza (Grip) ve Akut Gastroenterit (AGE) bildirim yapılmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Çalışma; Ankara ili merkezine bağlı seçilen aile sağlığı merkezlerinde görevli aile hekimlerinin bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar ve bildirim sistemi hakkında bildirim düzeyi ve davranışlarını belirlemek için yapılan, tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte bir anket araştırmasıdır.

Veri toplama aracı olarak tarafımızca hazırlanan anket formu, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (AÜTF) Aile Hekimliği AD sorumluları ile ön değerlendirilmiş ve görüşleri alınmıştır. Ayrıca anketteki bilgi ve anlam bakımından eksik hususlar Türkiye Halk Sağlığı Kurumu talebi doğrultusunda düzeltilmiştir. Sahada çalışan aile hekimlerinin BZBH ve bildirim sistemi konusundaki bilgi düzeyi ve davranışları (bildirim düzeyi) bilinmediğinden yapılan pilot çalışmasına göre ve de AÜTF Biyoistatistik AD'nin görüşleri doğrultusunda; anket formu, yeniden düzenlenerek son halini almıştır.

3.2. Araştırmanın Hipotezi ve Amacı

Çalışmamızın hipotezleri; AÜTF Biyoistatistik AD'nin görüşleri alınarak, aşağıdaki şekilde belirlenmiştir:

Ankara ili merkezindeki ASM'lerde görev yapan aile hekimliği uzmanı ve pratisyen hekimlerde; yaş, cinsiyet, unvan, hekimlikte hizmet süreleri, günlük poliklinik hizmetleri, bulaşıcı hastalıklar ve bildirim sistemi ile ilgili eğitim alma durumu, kendini bu konuda yeterli görme durumu, BZBH ile karşılaşma durumu, bildirim yaparken aksaklık yaşama durumu ve bildirim düzeyi, BZBH ve bildirim sistemi hakkındaki "bilgi düzeyleri" ile ilişkilidir.

Aynı şekilde, Ankara ili merkezindeki ASM'lerde görev yapan aile hekimliği uzmanı ve pratisyen hekimlerde; yaş, cinsiyet, unvan, hekimlikte

hizmet süreleri, günlük poliklinik hizmetleri, bulaşıcı hastalıklar ve bildirim sistemi ile ilgili eğitim alma durumu, kendini bu konuda yeterli görme durumu, BZBH ile karşılaşma durumu, bildirim yaparken aksaklık yaşama durumu ve bilgi düzeyi, BZBH ve bildirim sistemi hakkındaki “bildirim düzeyleri” ile ilişkilidir.

Bu çalışmanın amacı; Ankara ili merkezindeki ASM'lerde görev yapan aile hekimliği uzmanı ve pratisyen hekimlerin, BZBH ve bildirim sistemi hakkındaki bilgi düzeyleri ve davranışlarının belirlenmesidir.

Araştırmada ayrıca; güncel mevzuata göre hazırlanmış olan BZBH ve bildirim sistemi bilgilerini irdeleyen 20 adet bilgi sorusuna verilen yanıtların, aile hekimi uzmanı veya pratisyen hekim olma, eğitim alma, daha önce BZBH ile karşılaşma, bildirim düzeyi, hekimlikte geçirilen süre ve demografik özellikler ile karşılaştırmalı incelenmesi sonucunda elde edilen bulgulara göre, hekimlerin herhangi bir eğitime ihtiyaç duyup duymadığını belirlemek de hedeflenmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni; 15 Ekim 2015 – 15 Nisan 2016 tarihleri arasında (6 aylık süreçte), Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, Ankara ili merkezinde en yoğun nüfusa sahip üç ilçedeki aile sağlığı merkezlerinde görevli aile hekimlerinin tümü tarafından oluşturulacaktır. Araştırmanın örnekleme ise; 15 Ekim 2015 – 15 Nisan 2016 tarihleri arasında (6 aylık süreçte), TÜİK verilerine göre, Ankara ili merkezinde en yoğun nüfusa sahip üç ilçedeki aile sağlığı merkezlerinde görevli aile hekimlerinden görüşmeyi kabul edenlerden anket formunu uygun şekilde yanıtlayanlar (anketi tamamlayanlar) olarak belirlenmiştir.

Çalışmamızın evrenini, TÜİK verilerine göre, Ankara ilinin nüfusu en kalabalık üç ilçesinden rastgele yöntemle seçilen ASM'lerde görev yapan uzman aile hekimi ve pratisyen hekimler oluşturmuştur. Araştırmamızda, Ankara ilinin merkez ilçelerinde bulunan ASM'lerde görev yapan aile

hekimlerini temsilen (üç merkez ilçedeki toplam 639 aktif aile hekimliği birimi); Keçiören (243 aktif aile hekimliği birimi), Çankaya (233 aktif aile hekimliği birimi), ve Yenimahalle (aktif 163 aile hekimliği birimi) ilçeleri seçilmiştir.

Tüm hekimlere katılımları rica edilmiş ve kabul edenler arasından minimum örneklem sayısı tamamlanana kadar çalışmaya devam edilmiştir. Hekimlerin bilgi düzeyi oranı bilinmediğinden örneklem büyüklüğü hesaplayabilmek adına; Yenimahalle ilçesine bağlı Batıkent semti pilot bölge olarak seçilmiş, rastgele yöntemle ASM'lerde görevli uzman aile hekimi ve pratisyen hekimlere yüz yüze anket formu uygulanmıştır (pilot çalışma 30 aile hekimi ile yapılmıştır.).

Örneklem büyüklüğünü hesaplamak adına; üç ilçedeki aktif olarak görev yapan aile hekimlerinin sayısı 639 olarak alındığında (Çankaya, Keçiören ve Yenimahalle TSM'lerinin güncel verileri doğrultusunda, bölgelerindeki aktif aile hekimliği birimi sayısı), pilot çalışma ile saptarılan bilgi düzeyi ortalama 59.66, standart sapma 12.11, %95 güvenirlilikle ve $\pm 0,01$ sapma ile aile hekimlerinin BZBH ve bildirim sistemi hakkındaki bilgi düzeylerini ölçebilmek adına, en az 326 katılımcı alınması, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı tarafından uygun görülmüştür (50). Belirlenen örneklem hacmi üç ilçenin toplam aile hekimi sayısına oranlanarak, Keçiören'den 124, Çankaya'dan 119 ve Yenimahalle'den 83 hekim alınacak şekilde dağıtılmıştır.

3.4. Araştırmaya Katılma ve Araştırma Dışı Tutulma Kriterleri

Ankara ili merkezinde üç ilçedeki (Çankaya, Keçiören, Yenimahalle) aile sağlığı birimlerinde aktif olarak görev yapan aile hekimlerinden (aile hekimliği uzmanı ve pratisyen hekimler) rastgele yöntemle seçilenler araştırmaya dâhil edilmiştir.

Ankara il merkezinde diğer ilçelerdeki aile sağlığı birimlerinde görev yapan aile hekimleri ile ikinci ve üçüncü basamakta görev yapan (öğretim üyesi, araştırma görevlisi) aile hekimleri araştırma dışı tutulmuştur.

3.5. Veri Toplanması

Çalışmanın örneklemini oluşturan üç ilçedeki ASM'lere; Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nün web sitesinden alınan adresler ile gidilerek, veri toplamak amacıyla “tarafımızca hazırlanmış” yarı yapılandırılmış bir anket formu aile hekimleri ile yapılan “yüz yüze görüşme” sırasında aile hekimlerince ve talep edildiği zaman ise “tarafımızca” doldurulmuştur (anketin tamamlanması 20-30 dakika arasında sürmüştür). “Gönüllülük esas” alınan çalışmamızda, katılımcıların kimlik bilgileri ile ilgili bilgi istenmemiştir.

Anket içerisinde; demografik özellikler, aile hekimlerinin BZBH'a bakışı, BZBH ile karşılaşma sıklığı, BZBH ile ilgili bildirim sıklığı, BZBH saptanan bir vakaya hizmet sunumunda veya bildirim sırasında varsa yaşadığı aksaklıklar ve çözüm önerileri, BZBH hakkında bilgi düzeyi ve BZBH önlemede etkin bir süurveyans sisteminin öneminin farkındalığı sorgulanmıştır.

Katılımcılara, literatür taramasına sonucunda ve güncel mevzuata göre hazırlanmış (4, 8-10, 47, 48, 51-56); demografik özellikleri, hekimlik tecrübeleri ile BZBH ve bildirim sistemi konusunda eğitim alma ve de bildirim durumları sorgulayan 15 soru (birinci bölüm), BZBH ve bildirim sistemi bilgilerini irdeleyen 20 adet bilgi sorusu ile 5 soruluk anket değerlendirmesini (üçüncü bölüm) içeren toplam 40 soruluk anket formu uygulanmıştır.

Anketin kurgulanmasında, ikinci bölümdeki 20 adet bilgi sorusunda, 50 adet cevap istenmiş ve her cevap için 2 puan karşılığı verilerek toplamda 100 puanlık bir bilgi sınavı oluşturulmuştur. Anketin 20 soruluk bilgi sınavı bölümü:

- BZBH ve bildirim sitemine dair genel bilgiler ve mevzuat (soru 16-19),
- BZBH grupları (soru 20-22),
- A grubu BZBH (soru 23-25),
- B grubu BZBH (soru 26 ve 27),
- C grubu BZBH (soru 28-30),
- D grubu Enfeksiyon Etkenleri (soru 31 ve 32),

Bildirim sistemi formları ve süurveyans (soru 33-35) şeklinde gruplandırarak hazırlanmıştır. Anketlerin sonuna ise, hekimlerin kaç soruya doğru cevap verdikleri ve buna karşılık gelen başarı puanları yazılmıştır.

Bununla birlikte; aile hekimlerinden, anketin bilgi sınavı bölümünde 100 puan üzerinden alınan puanlara göre şu şekilde sınıflama yapılmıştır (Not: 70 ve üzeri puan alan aile hekimleri, bilgi açısından “yeterli düzeyde” kabul edilmiştir.):

- 85 ve üzerinde puan; “çok iyi” not,
- 70-84 puan; “iyi” not,
- 55-69 puan; “orta” not,
- 45-54 puan, zayıf not,
- 44 ve altında puan; çok zayıf not olarak kabul edilmiştir.

Aile hekimlerinin bildirim düzeyini sorguladığımız durumda ise hekimlerin BZBH ile karşılaşma sıklığı ile aynı sıklıkta bildirim yapanların genel toplamdan yüzdesi hesaplanmış ve bu bildirim yüzdesi aşağıdaki sınıflandırmaya göre:

- Yüzde (%) 80 ve üzeri “çok yüksek düzey”,
- %60-79 “yüksek düzey”,
- %40-59 “orta düzey”,
- %20-39 “düşük düzey”,
- %20’nin altı “çok düşük düzey” olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda, anket sunulan 387 aile hekiminden; 53 tanesi, çalışmaya katılmaya gönüllü olmayarak, ‘katılmayan grup’ olarak tanımlanmıştır. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan 334 aile hekiminden; anketi yapmayı yarıda bırakan 8 aile hekimi; ‘tamamlamayan grup’ olarak tanımlanmış ve araştırma örnekleme dışında tutulmuştur. Sonuçta 326 (aynı zamanda araştırmanın örneklem büyüklüğüdür.) aile hekimi, anketi tamamlamıştır.

3.6. İzinler ve Etik Konular

Araştırma için önce Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 10-415-15 karar no’lu ve 08 Haziran 2015 tarihli izin alındıktan sonra Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Araştırma Komisyonu'nun 67350377/770 sayılı ve 09.10.2015 tarihli kararı ile araştırmanın gönüllülük esası ve hizmet sunumunun aksatılmaması koşulu ile yapılmasında bir sakınca bulunmamış ve araştırmanın yapılmasına başlanmıştır.

3.7. İstatistiksel Analiz

Elde edilen verilerin analizi Windows için Sosyal Bilimler için İstatistik Programı/*Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 15* paket programında yapılmıştır.

Çalışmamızda yer alan bağımsız (açıklayıcı) değişkenler; yaş, cinsiyet, unvan, hekimlikte hizmet süreleri, BZBH ve bildirim sistemi konusunda eğitim durumu, günlük poliklinik hizmetleri (bakılan hasta sayısı ve çalışma süresi), BZBH ve bildirim sistemi konusunda kendini yeterli görme durumu, BZBH ile karşılaşma durumu, BZBH ile ilgili bildirimde bulunurken aksaklık yaşama durumu ve BZBH ve bildirim sistemi konusunda eğitim alma isteği olarak belirlenmiştir. Çalışmamızdaki bağımlı (sonuç) değişkenleri ise; bildirimde bulunma davranışı (bildirim düzeyi) ile başarı puanı (bilgi düzeyi) olarak kabul edilmiştir. Ayrıca bildirim düzeyi ve de bilgi düzeyi ayrı ayrı olmak üzere, bağımsız değişkenlerde yer almıştır.

Verilerin normal dağılımını test etmek için; $n > 30$ olduğundan dolayı (araştırmamızın örneklem büyüklüğü=326) Kolmogorow Simirnow testi kullanılmış ve istatistiksel anlamlılık değeri; $p < 0,05$ çıktığı için (araştırmamızın normallik testine dair p değeri 0,01'den küçüktür.) araştırmamızın verileri normal dağılıma uymamaktadır şeklinde kabul edilmiştir. Bu sebepten dolayı; araştırmamızın normal dağılıma sahip olmayan verilerinin analizinde, parametrik olmayan testler kullanılmıştır.

Tanımlayıcı istatistikler (sosyodemografik özellikler) dağılımı normal olan değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma, dağılımı normal olmayan değişkenler için ortanca (en küçük–en büyük), nominal değişkenler ise "yüzde"=% ve "(vaka sayısı)=(n) olarak gösterilmiştir.

Bağımlı veya bağımsız değişkenin sayısal (niceliksel) olduğu durumda kullanılacak parametrik olmayan testlerin seçiminde şu esaslar göz önünde bulundurulmuştur:

1. Bağımsız grup sayısı iki olduğunda, gruplar arasında ortanca değerler yönünden farkın önemliliği (doğru sayılarının demografik ve kişisel

durumlarda farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek için) Mann-Whitney U testi ile araştırılmıştır.

2. Bağımsız grup sayısı ikiden fazla olduğunda, gruplar arasında ortanca değerler yönünden farkın önemliliği Kruskal Wallis testi ile değerlendirilmiştir.
3. Sürekli değişkenler (sayısal iki ölçüm) arasındaki ilişki araştırılırken, Spearman korelasyon testi ile değerlendirilmiştir.

Bağımlı (sonuç) değişkeni sözel (niteliksel) olduğu durumda kullanılacak parametrik olmayan testlerin seçiminde ise şu durumlara göre karar verilmiştir:

1. Bağımsız değişkenin de sözel olduğu durumda ilişki (iki sözel değişken arasındaki), Pearson Ki-Kare testi ile karşılaştırılmıştır.
2. Kategori sayısı ikiden fazla, iki sözel grup arasındaki uyuma bakabilmek adına KAPPA testi kullanılmıştır.

Araştırmamızın değerlendirmesinde, $p < 0,05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. İstatistiksel açıdan anlamlı olan bir durumda eğer varsa, r değeri; ilişkinin yönü ve kuvveti açısından bilgi vermektedir.

3.8. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler ve Kısıtlılıklar

Araştırmamız Ankara ili merkezindeki en kalabalık nüfusa sahip üç ilçenin aile sağlığı merkezlerinde görev yapan aile hekimliği uzmanı ve pratisyen hekimlerin bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar ve bildirim sistemi konusunda bilgi düzeylerini ve davranışlarını (bildirim düzeyi de denebilir) yansıtmaktadır.

Anket formlarının doldurulması sırasında, açık uçlu sorularda soruların anlaşılmasındaki güçlük ve verilerin aile hekimlerinin beyanına dayalı olması ilk kısıtlılık nedenidir. Araştırmanın yalnızca Ankara ilinin merkez ilçelerini kapsadığı için, Ankara ili genelindeki ve ülkemizdeki tüm aile hekimlerinin görüş ve değerlendirmelerini birebir yansıtmaması diğer kısıtlılık nedenidir.

Çalışmamızda kullanılan anket formunun yapısı nedeniyle yoğunlaşma ve devamlılık gerektirmesi (ankette görece detaylı bilgi, farkındalık ve yorum

soruları mevcuttu), aile hekimlerinin yoğun ve seri bir şekilde hasta muayene ettiği bir ortamda ki ortalama hasta başına ayrılan süre yaklaşık 10 dakika olarak hesaplanmıştır, hekimlerin istenilen düzeyde yanıt vermelerini engellemiş olabileceği durumu diğer bir kısıtlılık nedenidir.

BZBH ile ilgili genel bir kısıtlılık nedeni olarak; bulaşıcı hastalıkların birçoğunun serolojik testlerinin olmaması veya serolojik testlerin birinci basamakta kolaylıkla uygulanamamasından bahsedilebilir. Aile hekimlerinin tanı koyma güçlüğüne sebep olan bu durum, bulaşıcı hastalıklar ile ilgili bilgi ve bildirim düzeylerini de olumsuz anlamda etkilemektedir. Aile hekimlerine, en azından salgın zamanlarında serolojik olarak tanı olanağı verilmesi ya da sağlanması koruyucu hekimlik sistemini daha işler hale getirerek, olası felaket senaryolarının birinci basamak seviyesinde durdurulmasını sağlayacaktır.

Sahada aile hekimleri üzerine çalışma yapacak her araştırmacının da karşılaşacağı gibi; esnek mesai saati uygulamasında olan aile ASM'lerde, aile hekimlerinin izinde, istirahatte (raporlu) ve hizmet içi eğitim veya kongrelerde olması nedeniyle yeterli sayıda aile hekimine ulaşabilmek için seçilen aile hekimliği birimlerine tekrar gitmek gerekmiştir (söz konusu güçlük kararlıkla aşılmaya çalışılmıştır.).

Araştırmamızda, aile hekimlerinin bu konudaki bilgi düzeyi ve davranışlarını belirlemeye yönelik geçerli bir ölçek olmadığından, araştırmacı tarafından güncel literatür ve ilgili mevzuat doğrultusunda ekler bölümünde verilen anket soruları ve cevapları hazırlanmıştır. Çalışmamız, bu konuda standart bir ölçek geliştirilmesinde ilk aşama olarak da kabul edilebilir.

Son olarak araştırmamız; bildiri zorunlu bulaşıcı hastalıklara nasıl tanı konduğu gibi daha çok enfeksiyon hastalıkları alanına giren bu durumu sorgulamak yerine, aile hekimlerinin karşılaştıkları ve tanı koydukları bildiri zorunlu bulaşıcı hastalıkların hangi gruba girdiklerini ve nasıl bildireceklerini biliyorlar mı, bildirimde bulunuyorlar mı, karşılaştıkları engeller gibi daha çok birinci basamakta elzem olan halk sağlığı ve aile hekimliği disiplinlerinin alanına giren "BZBH ve bildirim sistemi" üzerine yoğunlaşmıştır. Bu araştırmada geniş bir konudaki yüzeysel bilgi yerine, hedefe yönelik kapsamlı bilgi toplamak amacıyla hareket ettik.

4. BULGULAR

Araştırmada kullanılan anket formunda yer alan soruların gruplandırılmasıyla elde edilen bulgular dört bölüm halinde sunulmuştur. Bu bölümler:

1. Aile hekimlerinin tanımlayıcı özellikleri
2. Aile hekimlerinin bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar ve bildirim sistemi konusundaki bilgi düzeyi ve davranışları
3. Anket değerlendirmesi
4. Anket bölümlerinin istatistiksel anlamda karşılaştırılması şeklinde ele alınmıştır.

4.1. Aile Hekimlerinin Tanımlayıcı Özellikleri

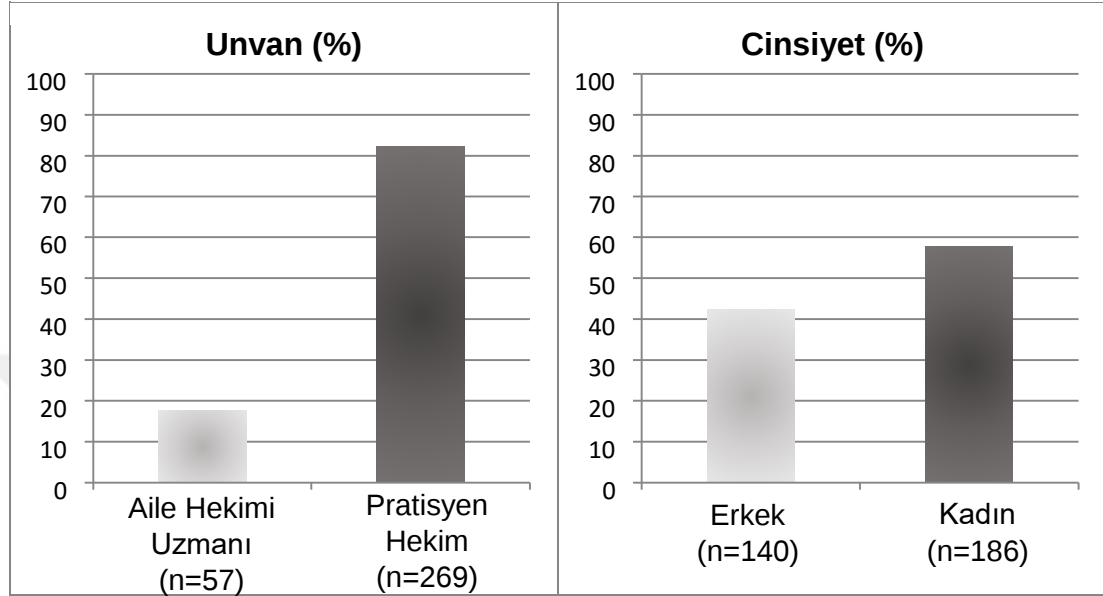
Çalışmamıza, Ankara ilinin en kalabalık üç ilçesinde görev yapan toplam 326 aile hekimliği uzmanı ve pratisyen hekim katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $42,75 \pm 8,92$ ve ortancası 45 iken en küçük 26, en büyük 58'dir.

Aile hekimlerinin cinsiyete göre yaş dağılımı irdelenecek olursa; erkek katılımcıların yaş ortalaması $44,56 \pm 8,91$ ve ortancası 47 iken en küçük 27 en büyük 58 olarak, kadın katılımcıların yaş ortalaması ise $41,39 \pm 8,69$ ve ortancası 42,5 iken en küçük 26, en büyük 58 olarak saptanmıştır (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Cinsiyete Göre Yaş Dağılımı

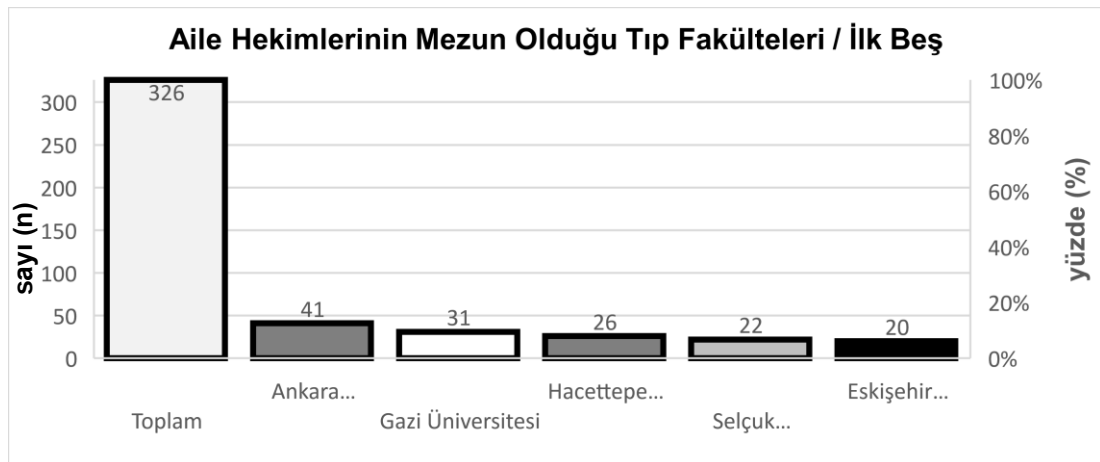
Cinsiyet	Sayı	Ortanca	Ortalama	Standart Sapma	En Küçük	En Büyük
Erkek	140	47,00	44,56	8,915	27	58
Kadın	186	42,50	41,39	8,699	26	58
Toplam	326	45,00	42,75	8,918	26	58

Cinsiyete göre değerlendirildiğinde hekimlerin %42,9'u (n=140) erkek ve % 57,1'si (n=186) kadın olurken unvana göre değerlendirildiğinde ise katılanların %17,5'i (n=57) Aile Hekimliği Uzmanı ve %82,5'i (n=269) Pratisyen Hekim olarak çalışmaktadır (Şekil 4.1).



Şekil 4.1. Cinsiyet ve Unvan Dağılımı

Katılımcılar 26 farklı üniversitenin tıp fakültesinden mezun olmuş olup, en fazla mezun olunan ilk beş üniversite sırasıyla; Ankara Üniversitesi %12,6 (n=41), Gazi Üniversitesi %9,5 (n=31), Hacettepe Üniversitesi %8 (n=26), Selçuk Üniversitesi %6,7 (n=22) ve Eskişehir Osmangazi Üniversitesi %6,1 (n=20) olarak belirlenmiştir (Şekil 4.2).



Şekil 4.2. Aile Hekimlerinin Mezun Olduğu Tıp Fakülteleri Sıralaması

Hekimlerin, meslekteki toplam sürelerine yıl bazında bakıldığında (mezuniyet tarihinden itibaren), ortalama 21 (3-36) ve aktif hizmet sürelerinde ise ortalama 20 (2-36) olarak bulunmuştur. Ankara ilinde aile hekimliği sistemine geçiş 6 yıl önce olmuştur. Dolayısıyla aile hekimi olarak hizmet süresi 6 yılın üzerinde olanların, önceden de aile hekimliği uzmanı olanlar olması gerekmektedir. Aile hekimi olarak çalışma süresinde ise ortalama 6 (1-25) olarak bulunmuştur (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Çalışma Sürelerinin Dağılımı

Hizmet Süreleri (yıl)	Ortanca	Ortalama	Standart Sapma	En Küçük	En Büyük
Toplam Hekimlik	21	18,80	9,18	3	36
Aktif Hekimlik	20	18,47	9,21	2	36
Aile Hekimi Olarak	6	5,96	4,31	1	25

Tüm hekimlerin günlük çalışma sürelerine bakıldığında ortalama 8 (6-9) saat ve bakılan hasta sayısının ortancası 50 (20-120) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.3). Esnek saat uygulaması olan ASM'lerde ve diğer aile hekimlerin olmadığı durumlarda, hekimler günde 100'ün üstünde hasta bakabilmektedir.

Tablo 4.3. Günlük Çalışma Süreleri ve Bakılan Hasta Sayısı

Günlük Poliklinik Hizmetleri	Ortanca	Ortalama	Standart Sapma	En Küçük	En Büyük
Günlük Çalışma Süresi (Saat)	8,00	8,07	0,417	6	9
Günlük Bakılan Hasta Sayısı (n)	50,00	51,33	17,462	20	120

Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar ve bildirim sistemi konusunda; tıp fakültesi eğitimi süresince, herhangi bir eğitim aldığını söyleyen %57,7 (n=188) hekim olurken, meslek içi eğitimlerde bu konuda eğitim aldığını ifade eden %34,7 (n=113) hekim idi. BZBH ile ilgili mevzuatı okuyan ya da BZBH listesini inceleyen %29,4 (n=96) aile hekimi bulunmaktadır (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar ve Bildirim Sistemi Konusunda Eğitim Alma ve İlgili Mevzuatı İnceleme Durumu

Eğitim Durumu	Tıp Fakültesinde	Meslek İçi Eğitimlerde	İlgili Mevzuatı İnceleme
	% (n)	% (n)	% (n)
Evet	57,7 (188)	34,7 (113)	29,4 (96)
Hayır	42,3 (138)	65,3 (213)	70,6 (230)
Toplam	100 (326)	100 (326)	100 (326)

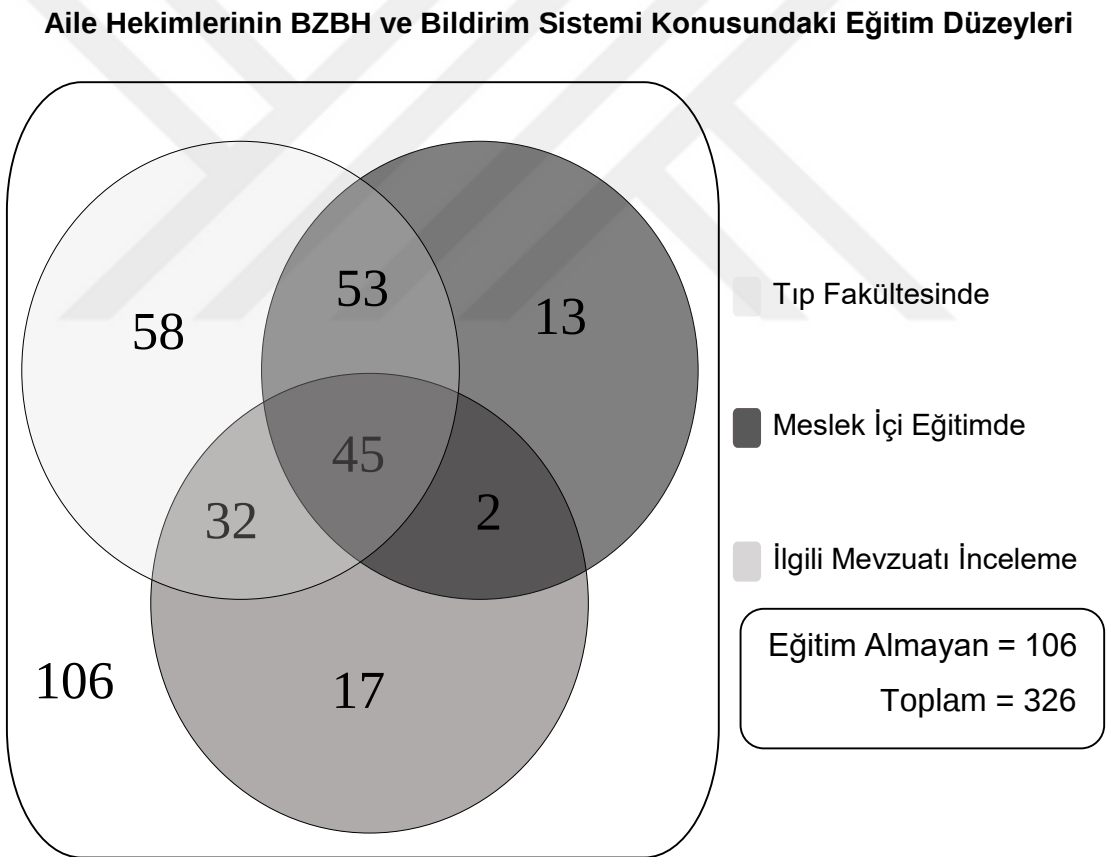
Aile hekimlerinin BZBH ve bildirim sistemi konusunda kendilerini yeterli görmelerinin sorgulandığı üç farklı durum içeren 11. soruya baktığımız zaman; %12,3 (n=40) ile evet yanıtını verdiklerini, %48,8 (n=159) ile hayır diyerek kendilerini yeterli görmediklerini ve %38,9 (n=127) ile kısmen seçeneğini tercih ettiklerini gördük (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Aile Hekimlerinin BZBH Ve Bildirim Sistemi Konusunda Kendilerini Yeterli Görmeleri Durumu

Yeterli Görme Durumu	Evet	Hayır	Kısmen	Toplam
Sayı	40	159	127	326
Yüzde	12,3	48,8	38,9	100

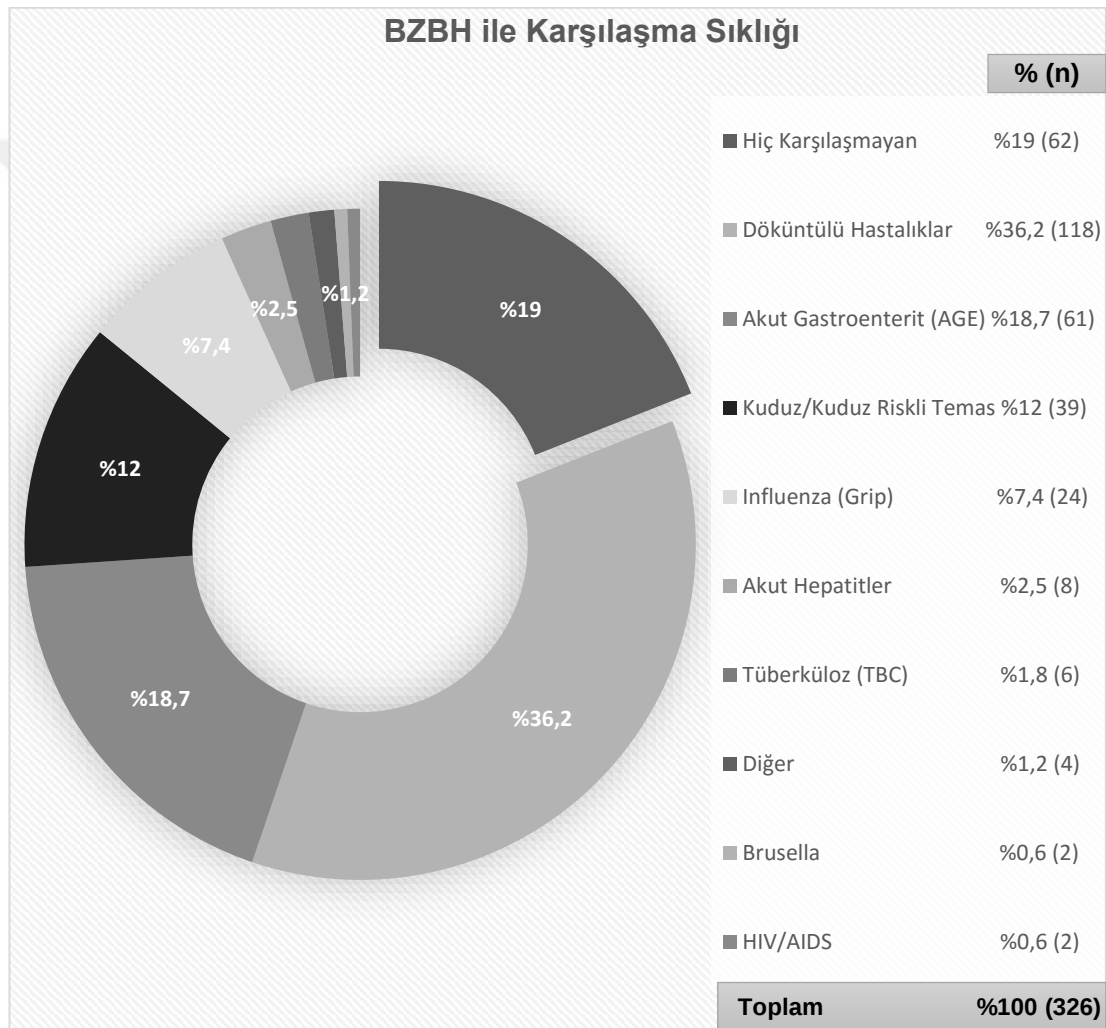
Eğitim konusunu detaylandırarak olursak; toplam aile hekimlerinin (n=326), %32,5'i (n=106) hiçbir aşamada eğitim almazken, %13,8'inin (n=45) üç aşamada eğitim aldığını görmekteyiz. Hekimlerin %17,8'i (n=58) sadece tıp fakültesinde, %4'ü (n=13) sadece meslek içi eğitim alırken %5,2'si (n=17) sadece ilgili mevzuatı okumuş veya BZBH listesini incelemiştir.

İki aşamada birden eğitim alan hekimler ise katılımcıların %16,3'ü (n=53) ile hem tıp fakültesinde hem de meslek içi eğitim almış, %9,8'i (n=32) ile hem tıp fakültesinde eğitim almış hem de mevzuatı incelemiş, %0,6'sı (n=2) ile hem meslek içi eğitim almış hem de mevzuatı incelemiştir (Şekil 4.3).



Şekil 4.3. Aile Hekimlerinin BZBH ve Bildirim Sistemi Konusundaki Eğitim Düzeyleri

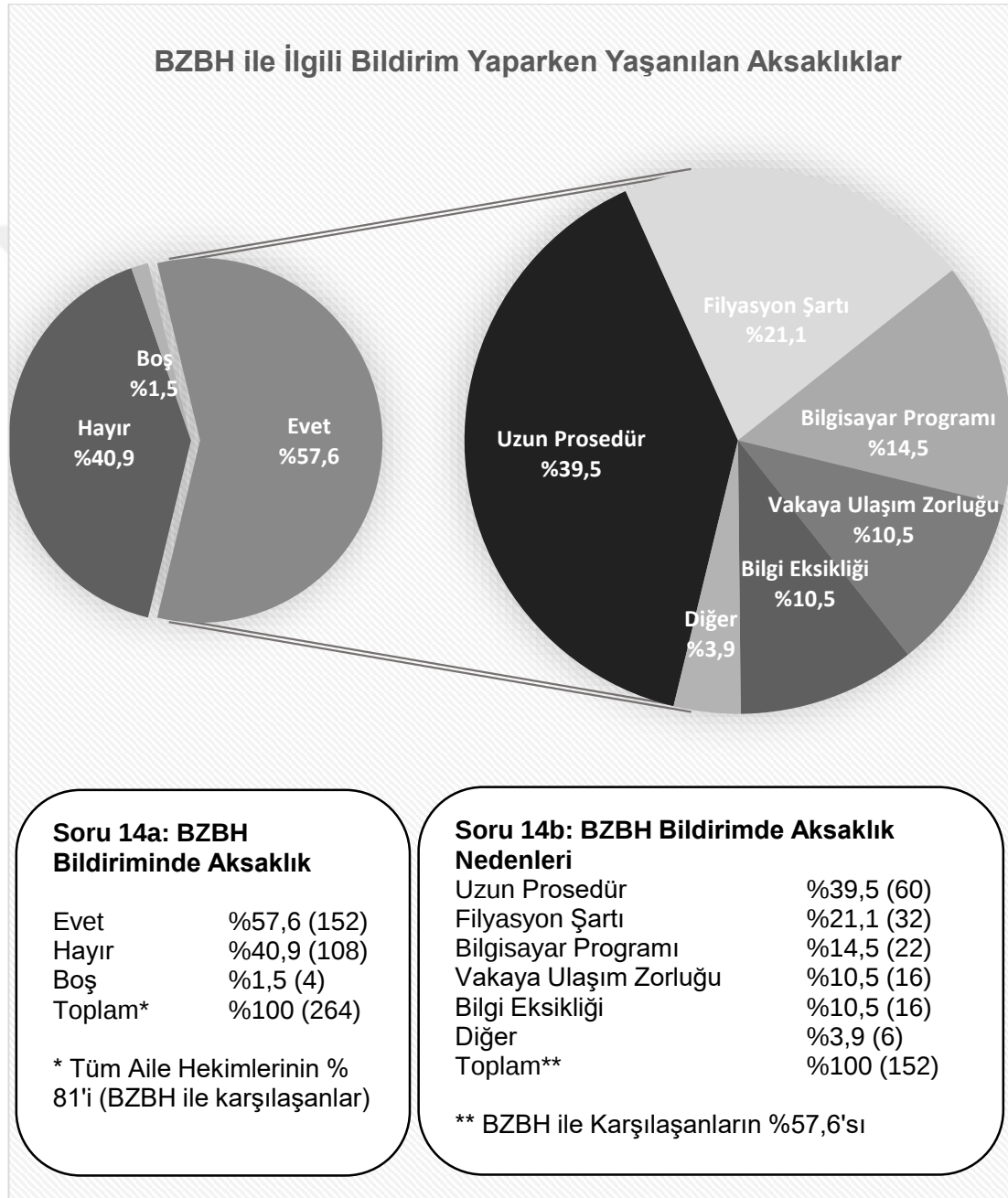
Katılımcıların %81'i (n=264) aile hekimi olarak BZBH ile karşılaştıklarını ifade ederken, BZBH ile hiç karşılaşmayanlar %19 (n=62)'dir. Karşılaşan gruba, bugüne kadar en sık karşılaştıkları BZBH hangisinin olduğu şeklindeki açık uçlu soruyu yönelttiğimizde, 9 farklı şekilde grupladığımız yanıtlar aldık. En sık karşılaşılan BZBH'den ilk üç sırada gelenler ise %36 (n=118) ile "Çocukluk Çağı Döküntülü Hastalıkları", %18,7 (n=61) ile "Akut Gastroenterit" ve %12 (n=39) ile "Kuduz/kuduz Riskli Temas" olarak belirtilmiştir (Şekil 4.4).



Şekil 4.4. Aile Hekimlerinin BZBH ile Karşılaşma Sıklığı

Aile hekimlerinin içindeki %81'lik (n=264) BZBH ile karşılaşanlar grubuna, BZBH ile ilgili bildirim yaparken herhangi bir aksaklık yaşadınız mı şeklindeki sorumuza; %57,6'sı (n=152) ile evet, %40,9'u (n=108) ile hayır yanıtını vermiş ve de %1,5'u (n=4) boş bırakmayı tercih etmiştir.

Tüm aile hekimlerinin içindeki %46,6'lık (n=152); karşılaşılan BZBH ile ilgili bildirim yaparken aksaklık yaşayanlar grubu, aksaklık nedenlerini 6 başlık altında ifade etmişlerdir. En sık aksaklık nedenlerinin başında; %39,5 (n=60) ile uzun prosedür, %21,1 (n=32) ile filyasyon şartı aranması ve %14,5 (n=22) ile kullanılan bilgisayar programı gelmektedir (Şekil 4.5).



Şekil 4.5. Aile Hekimlerinin BZBH ile İlgili Bildirim Yaparken Yaşadıkları Aksaklıklar

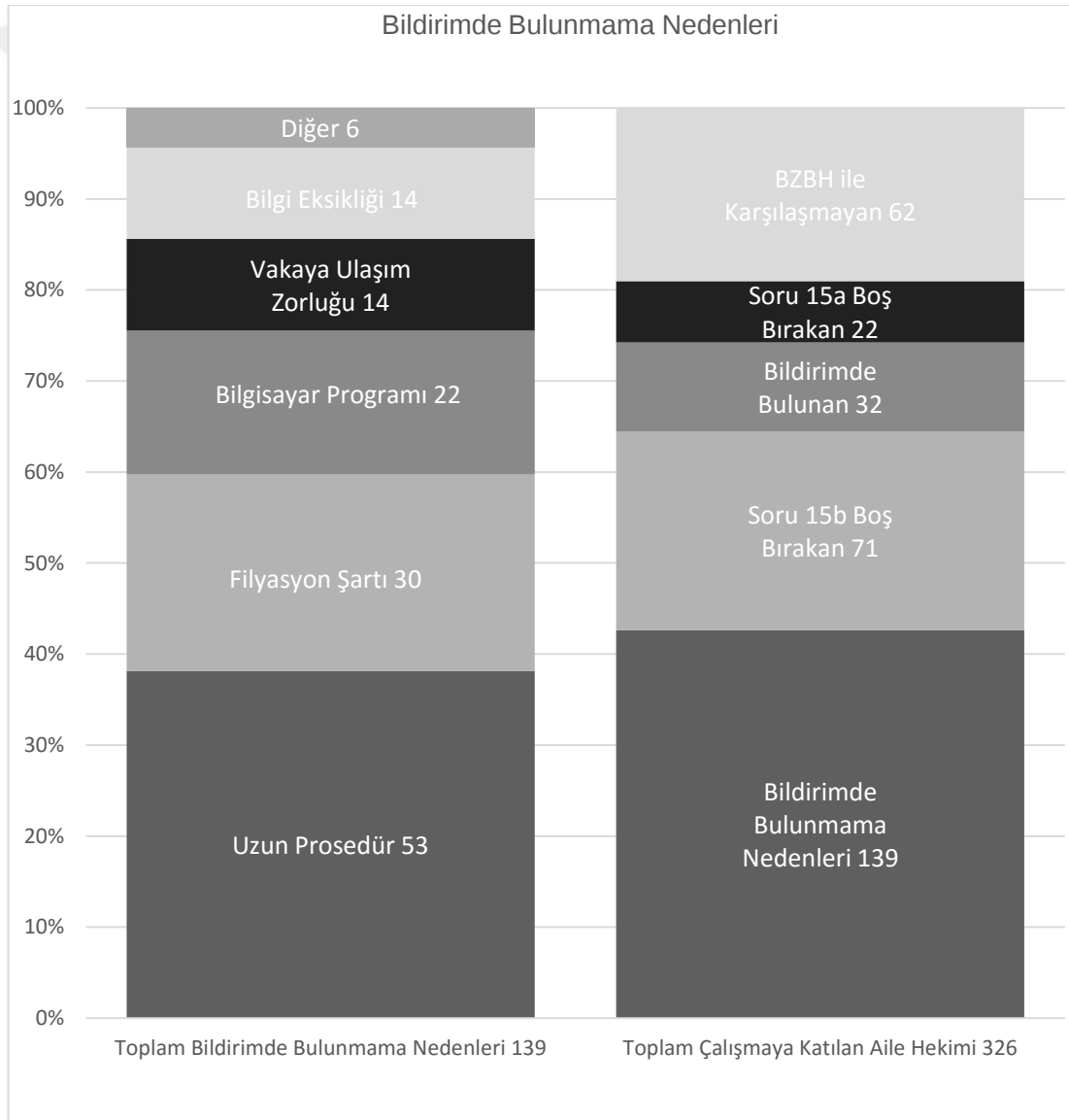
Anketimizin ilk bölümünün (tanımlayıcı özellikler) son sorusunda hekimlerden BZBH ile daha önce karşılaşanlar grubuna, BZBH ile karşılaşma sıklığıyla aynı oranda bildirim yapıp yapmadıklarını ve neden yapmadıklarını sormuştuk. Bu bölümle bilgi sınırı bölümü arasında iki sözlü sorudan (resmi olmayan) oluşan gizli bir molamız vardı. Bu moladaki karşılıklı diyalogun verdiği rahatlıktan faydalanarak hekimlerimize (karşılaşanlar grubuna), üçer tane en sık bildirdikleri ve bildirmedikleri BZBH'nin hangileri olduğunu sorduk. Hekimlerin en sık bildirdikleri BZBH sırasıyla; Kuduz/Kuduz Riskli Temas (KKRT), Döküntülü Hastalıklar (Suçiçeği ön planda) ve Akut Gastroenterit olurken en sık bildirmedikleri BZBH ise İnfluenza (Grip), Döküntülü Hastalıklar (suçiçeği ön planda) ve Akut Gastroenterit olarak dile getirilmiştir.

Tüm aile hekimlerinin %81'i (n=264) olan BZBH ile karşılaşan gruba, "Bugüne kadar karşılaştığınız her BZBH ile ilgili bildirimde bulundunuz mu?" şeklinde sorduğumuzda; %12,1'i (n=32) ile evet, %79,6'u (n=210) ile hayır yanıtını verirken %8,3'ü (n=22) ile boş bırakmayı tercih etmiştir. Bu sorunun önemi; aile hekimlerinin BZBH ve bildirim sistemi hakkındaki davranışlarını, başka bir deyişle BZBH ile ilgili bildirim düzeyini ortaya çıkarmasından ileri gelmektedir (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. BZBH İle Karşılaşan Aile Hekimlerinin Bildirim Düzeyi

Bildirim Düzeyi	Evet	Hayır	Boş	İç Toplam	=	BZBH ile Karşılaşan	BZBH ile Karşılaşmayan	Genel Toplam
Sayı	32	210	22	264	=	264	62	326
Yüzde	12,1	79,6	8,3	100	↷	81	19	100

Aile hekimlerinin BZBH ile karşılaşmasına rağmen bildirimde bulunmamasının nedenlerini sorguladığımız 15b sorusuna geldiğimizde, hayır yanıtını verenlerin sadece %66,2'si (n=139) yanıt vermeyi tercih etmiştir. Verilen yanıtlara göre bildirimde bulunmama nedenleri olarak; bildirimde bulunmayanlar grubu (n=210) içinde, %25,2 (n=53) ile uzun prosedür, %14,3 (n=30) ile filyasyon şartı aranması ve %10,5 (n=22) ile kullanılan bilgisayar programı, %6,7 (n=14) ile vakaya ulaşım zorluğu, %6,7 (n=14) ile bilgi eksikliği, %2,8 (n=6) ile diğer olası nedenler gösterilmektedir (Şekil 4.6).



Şekil 4.6. Aile Hekimlerinin Bildirimde Bulunmama Nedenleri

4.2. Aile Hekimlerinin Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar ve Bildirim Sistemi Konusundaki Bilgi Düzeyi ve Davranışları

Katılımcıların, "Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi, ülkemiz genelinde hangi tarihten itibaren uygulanmaya başlanmıştır?" şeklindeki 16. anket sorusuna verdikleri doğru yanıt oranı %73,3 (n=239) olurken yanlış cevap verenlerin oranı %24,6 (n=80) ve boş bırakanların oranı %2,1 (n=7)'dir.

Yeni "Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Listesi", bildirim yeri ve hastalıkların niteliklerine göre toplam kaç adet hastalıktan oluştuğu ve ana grupta toplandığı sorulduğunda; hekimlerin %83,1'i (n=271) "51 hastalık ve A, B, C, D şeklinde isimlendirilerek dört ana grup" diyerek doğru cevabı bulmuş, %9,5'u (n=31) yanlış seçenekleri işaretlemiş ve %7,4'ü (n=24) boş bırakmıştır (Tablo 4.7).

"01.01.2005 tarihinden itibaren uygulanmaya başlanan yeni "Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Listesi", hangi özellikler göz önünde bulundurularak gruplara ayrılmıştır?" şeklindeki öğretici olmasını istediğimiz için anketin içinde cevabı bulunan 19. soruda; aile hekimlerinin %25,2'si (n=82) "bildirim yeri ve hastalıkların nitelikleri" diye işaretleyerek doğru yapmış, en sık işaretledikleri yanlış seçenek %42,3 ile (n=138) "bildirim sıklığı ve hastalıkların nicelikleri" olmuş ve de %4,9'u (n=16) hiçbir seçenek işaretlememiştir (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Aile Hekimlerinin Soru 16,17 ve 19'da İşaretleme Dağılımı

Sorular	Yüzde	Doğru	Yanlış	Boş	En Sık Yanlış	İşaretlenen Seçenek
	Sayı					
Soru 16	%	73,3	24,6	2,1	19,6	A
	n	239	80	7	64	
Soru 17	%	83,1	9,5	7,4	5,5	A
	n	271	31	24	18	
Soru 19	%	25,2	69,9	4,9	42,3	A
	n	82	228	16	138	

Anketin 18. sorusunda yer alan tabloda verilenleri "Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı Ve Bildirim Sistemi Yönergesi Usul ve Esaslar Madde 13 ve Madde 14'e göre", doğru veya yanlış olmalarına göre işaretlemelerini istediğimizde; aile hekimlerinin %95,1'i (n=310) 18a seçeneğinin ve de 73,9'u (n=241) 18d seçeneğinin doğru olduğunu bilmiş, %27,3'ü (n=89) 18b seçeneğindeki "kınama cezası" ibaresinin ve de 35,6'sı (n=116) 18c seçeneğindeki "1 yıl içinde" tabirinin yanlış olduğunu fark edebilmiştir (Şekil 4.7).

(D/Y)	Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı Ve Bildirim Sistemi Yönergesi Usul ve Esaslar Madde 13 ve Madde 14'e göre
18a	Hastalığın toplum içinde yayılımını engellemek, sosyal sorunlara neden olmamak için BZBH'nin bir kısmının tespit edildiği takdirde en hızlı iletişim aracı ile ihbar edilmesi gerekir
18b	İhbar mekanizmasını işletmeyen kişi ve kurumlar uyarılır ve gerektiği takdirde yürürlükteki mevzuatın ilgili maddelerine göre kınama cezası uygulanır.
18c	Sorumlu olduğu bildirim yapmayan, yönerge hükümlerine uymayan, kamu kurum ve kuruluşları, gerçek kişi ve özel kuruluşların ilk tespitlerinde Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) tarafından uyarı yazısı yazılır, 1 yıl içinde düzenlemelerin yapılması talep edilir.
18d	Hata gözetmeksizin yönerge hükümlerine aykırı davranışta ısrar eden kişi ve kurum sorumluları hakkında "Kamu sağlığını tehlikeye düşürücü davranıştan dolayı" Cumhuriyet Savcılıklarına İl Halk Sağlığı Müdürlükleri (HSM) tarafından suç duyurusu yapılır.

Şekil 4.7. Anketin Bilgi Sınavı Bölümünde Bulunan 18. Sorusu

Anketin 20. sorusunda, her gruptan sık görülen ve önemli birkaç BZBH'yi yazarak hangi gruba girdiklerini sorguladığımızda; aile hekimlerinin %66'sı (n=215) 20a seçeneğinde "C" grubunu, %66,3'ü (n=216) 20b seçeneğinde "D" grubunu, %80,1'i (n=261) 20c seçeneğinde "B" grubunu ve de %80,4'ü (n=262) 20d seçeneğinde "A" grubunu bilmiştir.

Benzer şekilde grup belirlemenin istendiği anketin 22. sorusunda, her BZBH grubunun en önemli özelliğini yazarak hangi gruba girdiklerini sorguladığımızda; aile hekimlerinin %61,3'ü (n=200) 22a seçeneğinde "D" grubunu, %62,9'u (n=205) 22b seçeneğinde "C" grubunu, %69,3'ü (n=226) 22c seçeneğinde "B" grubunu ve de %68,4'ü (n=223) 20d seçeneğinde "A" grubunu doğru olarak yazmıştır (Tablo 4.8).

Tablo 4.8'de yer alan, en sık yanlış olarak yazılan BZBH grup adlarını incelediğimizde; soru 20a'da "C" yerine "D", soru 20b'de "D" yerine "C", soru 20c'de "B" yerine "C", soru 20d'de "A" yerine "D" yazmıştır. Aynı şekilde soru 22a'da "D" yerine "A", soru 22b'de "C" yerine "B", soru 22c'de "B" yerine "C", soru 22d'de "A" yerine "D" şeklinde yazarak yerlerini karıştırmıştır.

Tablo 4.8. Hekimlerinin BZBH Gruplarını Bilme Durumu

Sorular	Yüzde	Doğru	Yanlış	Boş	En Sık Yanlış	Yazılan Grup Adı
	Sayı					
Soru 20a	%	66	30,4	3,6	16,6	D
	n	215	99	12	54	
Soru 20b	%	66,3	28,8	4,9	17,2	C
	n	216	94	16	56	
Soru 20c	%	80,1	18,1	1,8	8,9	C
	n	261	59	6	29	
Soru 20d	%	80,4	16,5	3,1	8,0	D
	n	262	54	10	26	
Soru 22a	%	61,3	32,6	6,1	15,6	A
	n	200	106	20	51	
Soru 22b	%	62,9	30,4	6,7	12,9	B
	n	205	99	22	42	
Soru 22c	%	69,3	25,2	5,5	13,2	C
	n	226	82	18	43	
Soru 22d	%	68,4	26,1	5,5	15,6	D
	n	223	85	18	51	

Alt Bölüm 2. Aile Hekimlerinin Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar ve
Bildirim Sistemi Konusundaki Bilgi Düzeyi ve Davranışları

Anketin 21 numaralı tablo sorusunda; aile hekimlerine, üç sütunda toplam 26 tane BZBH vererek (her seçenek bir puandan, toplamda 26 puanlık soru), hangi BZBH'nin bildirimi "Form 014" kullanılarak, hastanın yaşadığı yerin sağlık sorumlularına bildirim yapılır veya yapılmaz diye sorduk. Hekimlerin, bu soruyu yapabilmeleri için; A ve C grubu BZBH'nin bildiriminde "Form 014" kullanılırken, B (ivedi ihbar) ve D (Enfeksiyon Etkenleri Bildirim Fişi) grubu BZBH'nin bildiriminde kullanılmayacağını bilmeleri, aynı zamanda verilen BZBH'nin hangi gruba girdiğini bilmeleri gerekiyordu. Örneğin, ilk seçenekte bir A grubu BZBH olan; AIDS/HIV'in karşısındaki boşluğa, (bildirimde "Form 014" kullanılır) Evet anlamında (E) yazmaları, beşinci seçenekteki, B grubu BZBH olan Epidemik Tifüs'ün karşısına "Hayır" anlamında (H) yazmaları yeterliydi (Şekil 4.8).

Bu sorudaki 26 seçeneğin her birine, yüzde kaç oranında doğru, yanlış yapılmış ve boş bırakılmış şeklinde bakmaktansa, tüm soruda verilen yanıtları ortalama olarak hesaplamanın daha sade olacağını düşündük. Aile hekimleri, bu soruda ortalama olarak; (verilecek 26 cevap üzerinden) %52,6 (13,7) ile doğru ve %27,2 (7,1) ile yanlış yanıt verirken %20,2 (5,2) ile boş bırakmıştır.

(E/H)	BZBH	(E/H)	BZBH	(E/H)	BZBH
()	AIDS/HIV	()	Kuduz Riskli Temas	()	Sıtma
()	Bruselloz	()	Giardia İntestinalis	()	Tularemi
()	Cryptosporidium sp.	()	Neonatal Tetanoz	()	Tifo
()	Difteri / Boğmaca / Tetanoz	()	TBC (Tüberküloz)	()	Çiçek
()	Epidemik Tifüs	()	Entamoeba Hystolitica	()	Lepra
()	Kanlı İshal (Akut)	()	Şark Çıbanı	()	Şarbon
()	Poliomyelit (Çocuk Felci)	()	Viral Hepatitler (Akut)	()	Veba
()	Lejyoner Hastalığı	()	Gonore / Sfiliz	()	Kala Azar
()	Clamydia Trachomatis(CYBH)	()	Sarı Humma		

Şekil 4.8. Anketin Bilgi Sınavı Bölümünde Bulunan 21. Sorusu

"Kuduz Riskli Temas" sürveyansında kullanılmayan formu sorguladığımız, Grup A BZBH'nin en sık karşılaşılan hastalıklarından Kuduz ile ilgili sorumuzda (soru 23); doğru cevap, aynı zamanda D grubu Enfeksiyon Etkenleri'nin bir formu olan "Enfeksiyon Etkenleri Bildirim Fişi" idi. Sorumuzu, aile hekimlerinin %55,2'si (n=180) doğru yanıtlarken %42,3'ü (n=138) yanlış cevaplamış ve de %2,5'i (n=8) hiç yanıtlamamıştır.

Soru 24 ile A grubu BZBH'nin genel özelliklerinden yanlış olan tümceyi sorguladığımızda, aile hekimleri istenilen seçeneği %77,3 (n=252) ile bulmuş, %19 (n=62) ile bulamamış ve de %3,7 (n=12) ile soruyu boş bırakmıştır.

A grubu BZBH içinde en sık karşılaşılanlardan bir tanesi olması nedeniyle irdelediğimiz "Akut Gastroenterit" ile ilgili sorumuzda (soru 25) hangi ishal etkeninin laboratuvarlar haricinde bildirilebileceğini sorarak aile hekimlerinin görevli olduğu ASM'lerden bildirmesi zorunlu olan Kolera'nın etkeni Vibrio cholera'yı bilmesini istedik. Hekimlerin %54,6'sı (n=178) doğru, %42,6'sı (n=139) yanlış cevaplarırken %2,8'i (n=9) cevaplamamıştır (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Hekimlerin A Grubu BZBH ile ilgili Soruları Cevaplama Durumu

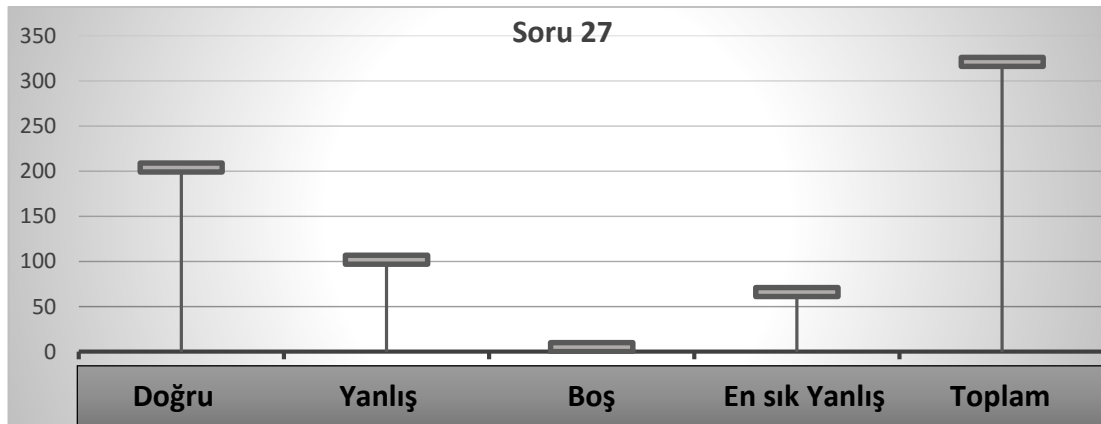
Sorular	Yüzde	Doğru	Yanlış	Boş	En Sık Yanlış	İşaretlenen Seçenek
	Sayı					
Soru 23	%	55,2	42,3	2,5	17,2	C
	n	180	138	8	56	
Soru 24	%	77,3	19	3,7	8,3	D
	n	252	62	12	27	
Soru 25	%	54,6	42,6	2,8	24,2	D
	n	178	139	9	79	

Anketin 26. sorusunda yer alan tabloda verilen B grubu BZBH ile ilgili tümceleri doğru veya yanlış olmalarına göre işaretlemelerini istediğimizde; aile hekimlerinin %92,6'sı (n=302) 26a seçeneğinin, 72,1'i (n=235) 26b seçeneğinin doğru olduğunu bilmiş ve de %76,1'i (n=248) 26c seçeneğindeki "THSK'ya" ibaresinin, %63,5'i (n=207) 26d seçeneğindeki "HSM'nin yetkisinde" tabirinin yanlış olduğunu fark edebilmiştir (Şekil 4.9).

26a	Uluslararası ortak BZBH; Çiçek, Epidemik Tifüs, Sarı Humma ve Veba'dır.
26b	Ülkemizde ya hiç görülmemiş ya da uzun zamandan bu yana görülmeyen hastalıklardır.
26c	Olası bir vaka ile karşılaşan hangi basamak sağlık kurumu olursa olsun, doğrudan ve en hızlı haberleşme aracı ile THSK'ye ihbar etmekle yükümlüdür.
26d	Uluslararası düzeyde ise bu hastalıkların bildirilmesi, yalnızca HSM'nin yetkisindedir.

Şekil 4.9. Anketin Bilgi Sınavı Bölümünde Bulunan 26. Sorusu

Anketimizi tasarlarken genel ilkemiz; aile hekimleri, A grubu ve B grubu BZBH'nin ASM'den bildirilmesi zorunlu olduğu bilgisinin farkındalar mı diye sorgulamaktı. Anketin 27. sorusunda, ilkemize uygun şekilde, "Hangi etkenin yaptığı BZBH'nin ASM tarafından bildirimi gerekli değildir?" diye sorguladığımız zaman; katılımcıların %64,1'i (n=209) doğru, %32,8'i (n=107) yanlış cevaplarırken %3,1'i (n=10) cevap vermemiştir (Şekil 4.10).



Şekil 4.10. Anketin Bilgi Sınavı Bölümünde Bulunan 27. Sorusu

Soru 28 ile C grubu BZBH'nin genel özelliklerinden yanlış olan tümceyi sorguladığımızda, aile hekimlerinin %17,2'si (n=56) doğru, %77,9'u (n=254) yanlış işaretleme yaparken %4,9'u (n=16) soruyu boş bırakmıştır. Aile hekimlerinden bulmaları istenen; yeni oluşturulan C grubu BZBH'nin, bildirim sisteminde eskiden de bulunmadığı idi. Ancak hekimler, %43,6 (n=142) ile en sık yanlış olarak "Trahom hariç hiç biri için birinci basamaktan bildirim istenmemekte iken ikinci basamak veya daha üst uzman kurum, laboratuvarlarca bildirim alınması yeterlidir." seçeneğini işaretlemiştir.

Aile hekimlerinden C grubu BZBH ile karşılaştıklarında her ne kadar ASM'lerden bildirimi zorunlu olmasa da, hangi hastanelere hangi hastalıkların sevk edilmesi gerektiğini bilmelerini istedik. Bu bağlamda sorduğumuz 29. soruda; hekimler %75,5 (n=246) ile doğruyu, %20,8 (n=68) ile yanlış seçerken %3,7 (n=12) ile soruyu boş bırakmıştır (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Aile Hekimlerinin C Grubu BZBH ile ilgili Soruları Cevaplama Durumu

Sorular	Yüzde	Doğru	Yanlış	Boş	En Sık Yanlış	İşaretlenen Seçenek
	Sayı					
Soru 28	%	17,2	77,9	4,9	43,6	B
	n	56	254	16	142	
Soru 29	%	75,5	20,8	3,7	10,1	A
	n	246	68	12	33	
Soru 30	%	34,4	63,1	2,5	40,8	D
	n	112	206	8	133	

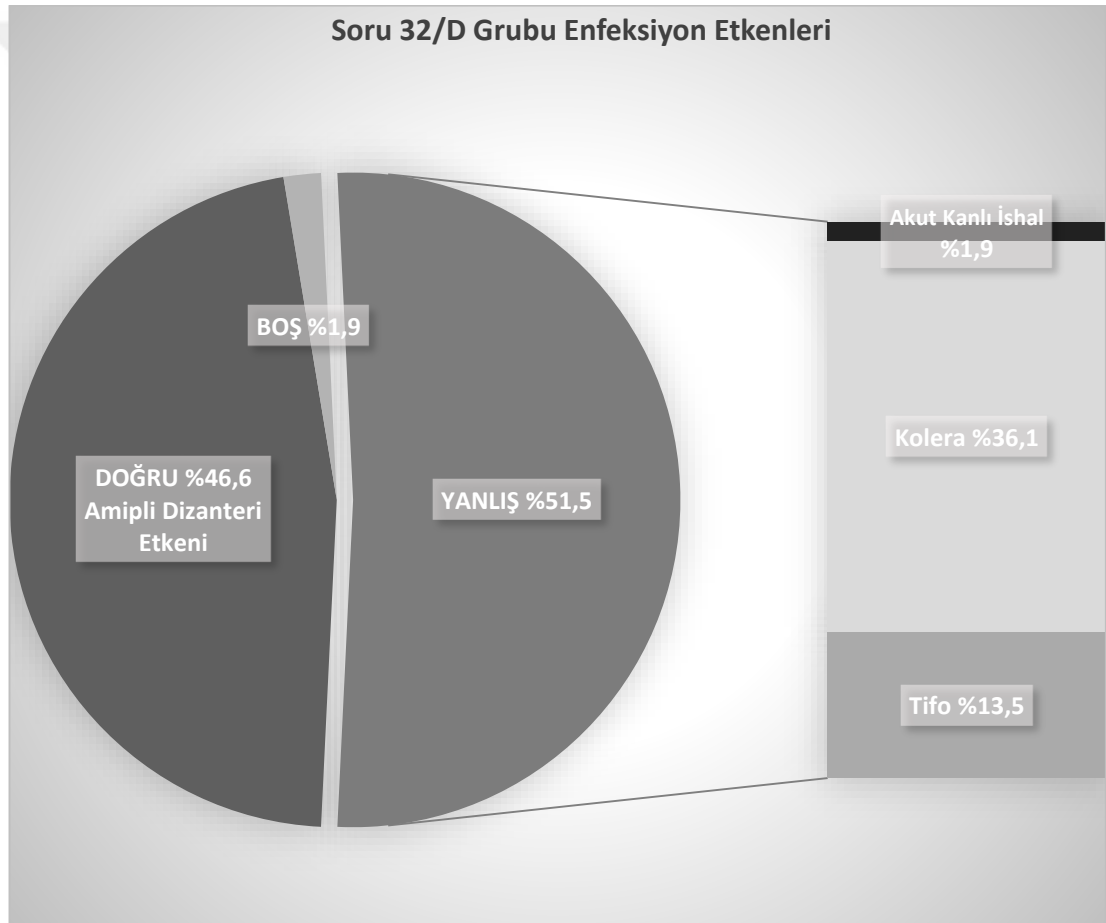
Hekimlerin C grubu BZBH'nin ikinci ve üst basamak sağlık kuruluşlarındaki uzmanlar tarafından tanı konabildiği için bildirim yapan merkezlerin de söz konusu kuruluşlar olması gerektiğini bileceklerini öngördük. Bunun için sorduklarımız 30. Soruda; aile hekimleri, konjenital enfeksiyon etkenlerinden Rubella Virüs'ün doğru seçenek olduğunu %34,4 (n=112) ile bilmelerine rağmen %40,8 (n=133) ile HIV seçeneğini en sık yanlış olarak işaretlemiş ve de 2,5 (n=8) ile işaretlemede bulunmamıştır (Tablo 4.10).

Anketin 31. sorusunda yer alan tabloda verilen D grubu BZBH ile ilgili tümceleri doğru veya yanlış olmalarına göre işaretlemelerini istediğimizde; aile hekimlerinin %76,4'ü (n=249) 31b seçeneğinin, 63,5'i (n=207) 31c seçeneğinin doğru olduğunu bilmiştir. 31a seçeneğinde laboratuvarların D grubuna doğrudan dâhil oldukları bilgisi sorgulanırken; hekimlerin 41,7'i (n=136), 31d seçeneğinde D grubu Enfeksiyon Etkenlerinin tespit edildiklerinde ilk olarak etkenin doğrulaması ve olası/kesin tanı sınıflamasının yapılması gerekir bilgisi istenirken %69,3 (n=226) yanlışı işaretleyebilmiştir (Şekil 4.11).

31a	Laboratuvarlar A, B ve C Grubu hastalıkların bildiriminde doğrudan dahil olmaktadır, D Grubu sürveyans tipi ile bildirim sitemine dolaylı bir rol üstlenmektedirler.
31b	Halk sağlığı sorunu olarak önemini koruyan bulaşıcı hastalıkların etiyolojik ajanları hakkında veri elde edilmesi ve ileri epidemiyolojik araştırmalarının yapılabilmesini sağlar.
31c	Standardizasyon ve kalite güvencesi ilkelerine göre çalışması gereken laboratuvarların ancak kabul edilebilir asgari bir teknik ile tanı koyabiliyorsa bildirim yapabileceği dikkate değerdir.
31d	A, B ve C Grubu BZBH tespit edildiklerinde ilk olarak etkenin doğrulaması ve olası/kesin tanı, D grubu BZBH'de ise vakanın doğrulaması ve olası/kesin vaka sınıflamasının yapılması gerekir.

Şekil 4.11. Anketin Bilgi Sınavı Bölümünde Bulunan 31. Sorusu

D grubu ile ilgili diğer sorumuzda (Soru 32), aile hekimlerine sık görülen ishal tablosu ile karşılaştıklarında hangi etkeni ASM'den bildiremeyeceklerini sorduk. A grubu ishal etkenlerinin haricinde, Amipli Dizanteri Etkeni'nin sadece laboratuvar ortamında tanı konabileceği için D grubunda yer aldığını bilmelerini istediğimizde; hekimlerin %46,6 (n=152) ile doğruyu, %51,5 (n=168) ile yanlış seçerken %1,9 (n=6) ile soruyu boş bırakmıştır. Hekimler en sık yanlış olarak %36,1 (n=118) ile "Kolera" seçeneğini işaretlemiştir (Şekil 4.12).



Şekil 4.12. Anketin Bilgi Sınavı Bölümünde Bulunan 32. Sorusu

Aile sağlığı merkezinde görevli aile hekiminin sorumlu olduğu bildirim formları ile ilgili yanlış olanı sorguladığımız soru 33'ün C seçeneğinde; "B grubu BZBH tespit edildiği anda ivedi ihbarı gerektirirken ASM bildirimi, ay başında (*doğrusu ay sonunda olmalı*) Form 17/B Grup B hastalıklar Bildirim Formu ile HSM'ye gönderir" diye yazılmıştır. Hekimlerin %67,8'i (n=221) yanlış bulmuş, %29,1'i (n=95) hatalı işaretlemiş ve de %3,1'i (n=10) hiç yanıtlamamıştır.

Yeni bildirim sistemi ile ilgili sorumuzda (soru 35), "HSM'ye olası vaka bildiriminin zorunlu tutulmadığı A grubu hastalıklar; kızamık (*doğrusu kızamıkçık olmalı*), sıtma, sifiliz, şark çıbanı, tetanoz ve tüberküloz ile ilgili vakalar, bildirim sistemine veri olarak girmektedirler (*doğrusu girmemektedirler olmalı*)." şeklinde yanlış tümce vererek; aile hekimlerinin olası/kesin vaka ayırımını bilmelerini istedik. Hekimlerin %40,5'i (n=132) yanlış saptarken %42,9'u (n=140) hatalı cevap vermiş ve de %16,6'sı (n=54) soruyu cevaplamamıştır (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Aile Hekimlerinin Bildirim Formları ve Bildirim Sistemi ile ilgili Soruları Cevaplama Durumu

Sorular	Yüzde	Doğru	Yanlış	Boş	En Sık Yanlış	İşaretlenen Seçenek
	Sayı					
Soru 33	%	67,8	29,1	3,1	16	B
	n	221	95	10	52	
Soru 35	%	40,5	42,9	16,6	19,6	A
	n	132	140	54	64	

Anketin 34. sorusundaki tabloda; sürveyans tanısı ve tipleri ile ilgili tümceleri doğru veya yanlış olmalarına göre işaretlemelerini istediğimizde; hekimlerin %66,9'u (n=218) 34a seçeneğinin, 72,7'si (n=237) 34d seçeneğinin doğru olduğunu bilmiştir. 34b seçeneğinde sentinel sürveyans, 34c'de ise aktif sürveyans tanımı sorgulanmış ve hekimlerin 62,3'ü (n=203) 34b, %70,2'si (n=229) 34c seçeneğindeki yanlışı bulmuştur (Şekil 4.13).

34a	DSÖ'nün sürveyans tanımı; "Sağlık hizmetlerini planlayabilme, müdahalede bulunabilme amacıyla sağlık verilerinin devamlı, sistematik biçimde toplanması, analizi ve ilgili birimlere dağıtılmasıdır. "
34b	Aktif sürveyans; verinin örneklemden toplandığı, her vakayı bilmenin önemli olmadığı durumlarda tercih edilir. Hastalıkları erken dönemde saptamak ve eğilimlerini izlemek için kullanılır.
34c	Doğrudan ulaşım, çalışanların sisteme katılması avantajları olan sentinel sürveyans; rutin raporların beklenmesi değil verilerin çeşitli yöntemlerle (gidip/telefonla arama) düzenli olarak alınmasıdır.
34d	İnfluenza virüsünün tipini belirlemek için bazı hastanelerin izlenmesi sentinel sürveyansa örnek iken Ebola'nın patlak vermesi gibi olaylarda ev ev arama yapılması aktif sürveyansın bir örneğidir.

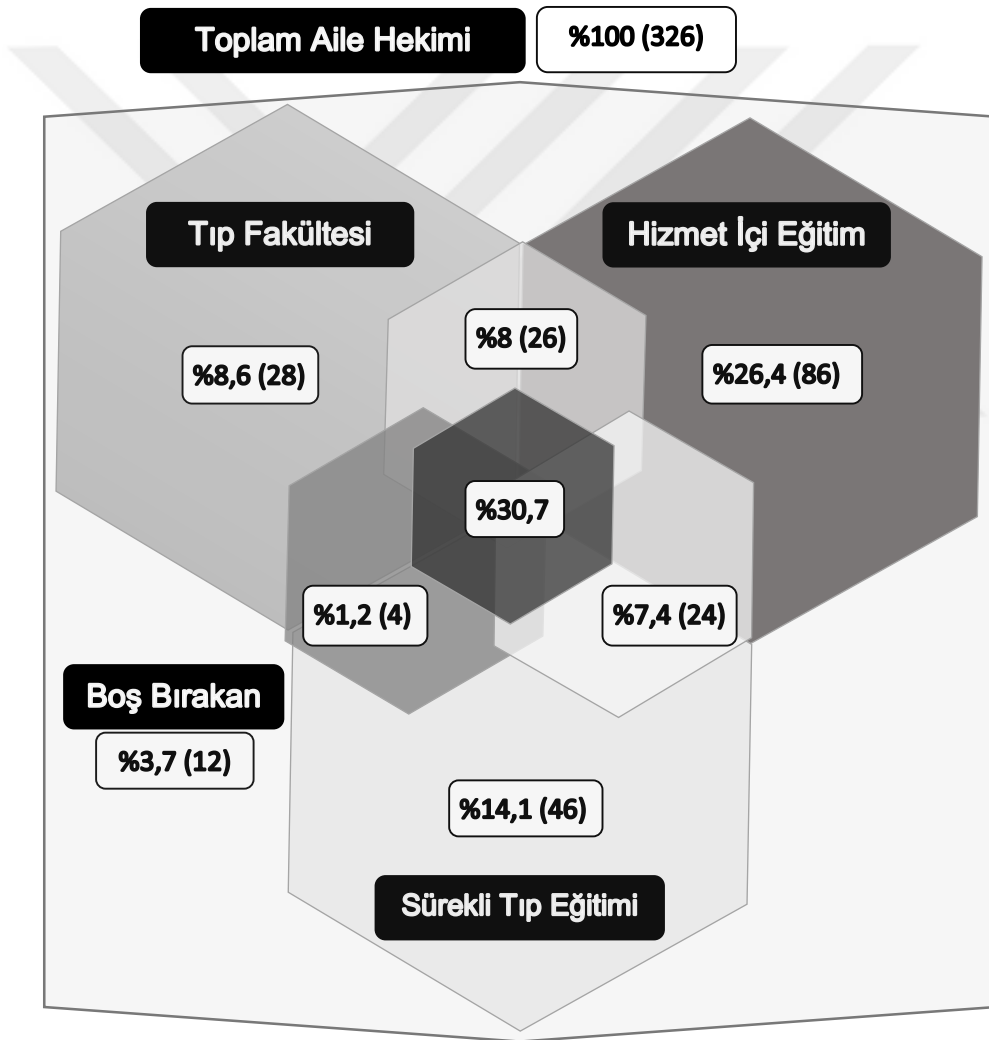
Şekil 4.13. Anketin Bilgi Sınavı Bölümünde Bulunan 34. Sorusu

4.3. Anket değerlendirme

Anketimizin 36. sorusunda aile hekimlerinden; karşılaştıkları BZBH'si olan vaka ile ilgili hizmet sunumu, tanı koyma ve bildirim sürecinde yaşadıkları sıkıntılar konusundaki çözüm önerilerini sıralamalarını istedik (aynı anda birden çok sıralama yapılabilirdi). Aile hekimleri %39 ile filyasyon şartı aranmasına yönelik (n=127), %29,5 ile hizmet içi ve uzaktan eğitime yönelik (n=96), %24,2 ile alınan örneklerin transfer zorluğuna yönelik (n=79), %17,2 ile TSM ile görev paylaşımına (çevre sağlık teknisyeni gibi kalifiye eleman eksikliği) yönelik (n=56), %11,4 ile hastaya ulaşma zorluğuna yönelik (n=37), çözüm önerilerinde bulunurken, %16,3 ile (n=53) yanıt vermediler. Biz de çalışmamızın "Sonuçlar ve Öneriler" bölümünde, aile hekimlerinin bu yerinde tespitlerini dile getirmeye çalıştık.

Aile hekimlerine, anketin 37. sorusunda BZBH ve bildirim sistemi konusunda; tıp fakültesi, hizmet içi eğitim ve sürekli tıp eğitimi gibi hangi aşamalarda eğitim almayı uygun gördüklerini sorduk.

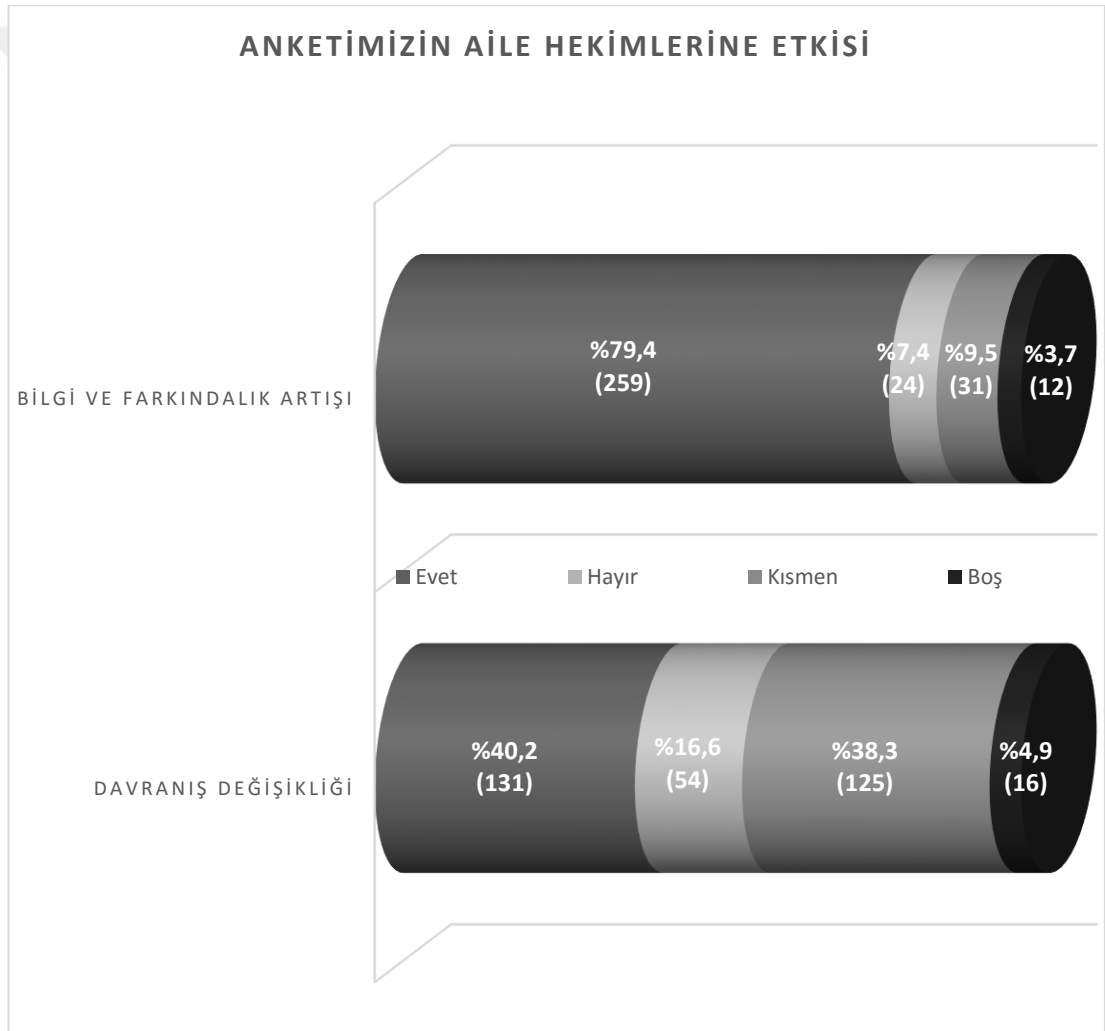
Hekimlerin %30,7'si (n=100) her üç aşamada da, %26,4'ü (n=86) sadece hizmet içinde, %14,1'i (n=46) sadece sürekli tıp eğitiminde, %8,6'sı (n=28) sadece tıp fakültesinde, %8'i (n=26) tıp fakültesi ve hizmet içinde, %7,4'ü (n=24) hizmet içi ve sürekli tıp eğitiminde, %1,2'si (n=4) tıp fakültesi ve sürekli tıp eğitiminde şeklinde yanıtlar verirken %3,7'si (n=12) yanıt vermemeyi tercih etmiştir (Şekil 4.14).



Şekil 4.14. Aile Hekimlerinin BZBH Ve Bildirim Sistemi Konusunda Eğitim Alma İsteklerinin Aşamaları

Anket değerlendirilmesi amacıyla; aile hekimlerine, "Anketimiz, BZBH ve bildirim sistemi hakkındaki bilgi ve farkındalığınızı artırmak açısından yararlı oldu mu?" şeklinde sorduk (Soru 38). Hekimler %79,4 (n=259) ile evet, %7,4 (n=24) ile hayır, %9,5 (n=31) ile kısmen yanıtını vermiş ve de %3,7 (n=12) ile cevaplamamıştır (Şekil 4.15).

Aile hekimlerine 39. sorumuzda aynı amaçla, "BZBH ve bildirim sistemi hakkındaki anketimiz, sizde davranış değişikliğine yol açacak mı? " diye sorduğumuzda; hekimlerin %40,2'si (n=131) evet, %16,6'sı (n=54) hayır, %38,3'ü (n=125) kısmen şeklinde yanıtlamış, %4,9'u (n=16) boş bırakmıştır.



Şekil 4.15. BZBH Ve Bildirim Sistemi Hakkındaki Anketimizin Aile Hekimlerine Olan Etkisi

Anketimizde son soru olarak (soru 40); aile hekimlerine, "Anketin olumsuz ya da eksik yönleri olduysa belirtebilir misiniz?" diye sorduk. Hekimlerin %50'si (n=163) "yok" diyerek olmadığını belirtirken %28,3'ü (n=92) "uzun", %20,3'ü (n=6) "zor", %10,4'ü (n=34) "yorucu", %7,1'i (n=23) "yetersiz hissettiriyor" şeklinde yanıtlar vermiş, %8,6'sı (n=28) ise boş bırakmıştır.

4.4. Anket Bölümlerinin İstatistiksel Anlamda Karşılaştırılması

Anketimizde yer alan 20 adet bilgi sorusundan hesaplanan toplam başarı puanına (doğru sayısı başına 2 puan verilerek) bakıldığında ortalama 59,80 $\pm$ 14,32, ortanca 60 (26-92) olarak hesaplanmıştır (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Anketin Bilgi Bölümüne Göre Aile Hekimlerinin Bilgi Düzeyi

Bilgi Düzeyi	Ortanca	Ortalama	Standart Sapma	En Küçük	En Büyük
Doğru Sayısı	30,00	29,90	7,1615	13	46
Toplam Puan	60,00	59,80	14,323	26	92

Anketin 20 soruluk bilgi sınavı bölümü; BZBH ve bildirim sitemine dair genel bilgiler ve mevzuat (soru 16-19), BZBH grupları (soru 20-22), grup A BZBH (soru 23-25), grup B BZBH (soru 26 ve 27), grup C BZBH (soru 28-30), grup D Enfeksiyon Etkenleri (soru 31 ve 32), bildirim sistemi formları ve sürveyans (soru 33-35) şeklinde alt başlıklara göre sınıflandırılarak hazırlanmıştır (Not: Soru 21; bir puan değerindeki 26 alt seçenekten oluşup toplamda 26 puan değerindedir.). Ayrıca bilgi sorularının tamamının doğru-yanlış-boş olarak kategorize edilmiş hali Tablo 4.13'te verilmiştir.

Tablo 4.13. Anketin Tüm Bilgi Sorularına Verilen Yanıtlar

Bilgi Soruları	Doğru	Yanlış	Boş	Toplam
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Soru 16	73,3 (239)	24,6 (80)	2,1 (7)	100 (326)
Soru 17	83,1 (271)	9,5 (31)	7,4 (24)	100 (326)
Soru 18a	95,1 (310)	4,3 (14)	0,6 (2)	100 (326)
Soru 18b	27,3 (89)	72,1 (235)	0,6 (2)	100 (326)
Soru 18c	35,6 (116)	63,8 (208)	0,6 (2)	100 (326)
Soru 18d	73,9 (241)	25,5 (83)	0,6 (2)	100 (326)
Soru 19	25,2 (82)	69,9 (228)	4,9 (16)	100 (326)
Soru 20a	66 (215)	30,4 (99)	3,6 (12)	100 (326)
Soru 20b	66,3 (216)	28,8 (94)	4,9 (16)	100 (326)
Soru 20c	80,1 (261)	18,1 (59)	1,8 (6)	100 (326)
Soru 20d	80,4 (262)	16,5 (54)	3,1 (10)	100 (326)
Soru 21	52,6 (13,7)	27,2 (7,1)	20,2 (5,2)	100 (26)
Soru 22a	61,3 (200)	32,6 (106)	6,1 (20)	100 (326)
Soru 22b	62,9 (205)	30,4 (99)	6,7 (22)	100 (326)
Soru 22c	69,3 (226)	25,2 (82)	5,5 (18)	100 (326)
Soru 22d	68,4 (223)	26,1 (85)	5,5 (18)	100 (326)
Soru 23	55,2 (180)	42,3 (138)	2,5 (8)	100 (326)
Soru 24	77,3 (252)	19 (62)	3,7 (12)	100 (326)
Soru 25	54,6 (178)	42,6 (139)	2,8 (9)	100 (326)

Soru 26a	92,6 (302)	6,7 (22)	0,6 (2)	100 (326)
Soru 26b	72,1 (235)	26,7 (87)	1,2 (4)	100 (326)
Soru 26c	76,1 (248)	20,2 (66)	3,7 (12)	100 (326)
Soru 26d	63,5 (207)	33,4 (109)	3,1 (10)	100 (326)
Soru 27	64,1 (209)	32,8 (107)	3,1 (10)	100 (326)
Soru 28	17,2 (56)	77,9 (254)	4,9 (16)	100 (326)
Soru 29	75,5 (246)	20,8 (68)	3,7 (12)	100 (326)
Soru 30	34,4 (112)	63,1 (206)	2,5 (8)	100 (326)
Soru 31a	41,7 (136)	54 (176)	4,3 (14)	100 (326)
Soru 31b	76,4 (249)	20,6 (67)	3,1 (10)	100 (326)
Soru 31c	63,5 (207)	32,2 (105)	4,3 (14)	100 (326)
Soru 31d	69,3 (226)	27 (88)	3,7 (12)	100 (326)
Soru 32	46,6 (152)	51,5 (168)	1,9 (6)	100 (326)
Soru 33	67,8 (221)	29,1 (95)	3,1 (10)	100 (326)
Soru 34a	66,9 (218)	21,5 (70)	11 (36)	100 (326)
Soru 34b	62,3 (203)	24,2 (79)	12,9 (42)	100 (326)
Soru 34c	70,2 (229)	18,1 (59)	11 (36)	100 (326)
Soru 34d	72,7 (237)	15 (49)	11,7 (38)	100 (326)
Soru 35	40,5 (132)	42,9 (140)	16,6 (54)	100 (326)

Anketin bilgi sınavı bölümünde; en sık doğru cevap verilen, yanlış yapılan ve boş bırakılan sorular; sırasıyla soru 18a, 28 ve 35 olmuştur (Tablo 4.13).

Katılımcıların yaş ortalaması $42,75 \pm 8,92$ ve ortancası 45 (26-58) olarak saptanmıştır. Hekimlerin yaşlarını 26-35, 36-45, 46-55, 56 ve üstü şeklinde dört gruba ayırdığımızda; (36-45 yaş grubu ile kıyaslandığında, 26-35 ve 46-55 yaş grupları lehine) yaş grupları ile toplam başarı puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,001$), (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Hekimlerin Yaş Grupları ile Başarı Puanı Karşılaştırılması

Yaş Grupları	Sayı	Ortanca	Ortalama	Standart Sapma	En Küçük	En Büyük	p değeri
26-35	82	64,00	★ 63,34	12,820	44	92	<0,001
36-45	84	48,00	51,71	10,460	34	72	
46-55	140	66,00	★ 63,17	15,359	26	90	

Araştırmaya katılan hekimlerin, aile hekimliği uzmanı ve pratisyen hekim olmaları ile başarı puanı arasındaki farklar değerlendirildiğinde (aile hekimliği uzmanları lehine); aile hekimliği uzmanları ile pratisyen hekimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,001$), (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. AHU ve Pratisyen Hekimlerin Toplam Başarı Puanları

Konum	Sayı	Ortanca	Ortalama	Standart Sapma	En Küçük	En Büyük	p değeri
AHU	57	72,00	★ 72,00	13,443	48	92	<0,001
Pratisyen H	269	56,00	57,21	13,139	26	90	
Toplam	326	60,00	59,80	14,323	26	92	

Ayrıca iki grubun da her soruya "doğru" ve "yanlış + boş" cevap verme açısından ayrı ayrı karşılaştırılması Tablo 4.16'da verilmiştir (Not: Soru 21'de ise 26 seçenekten alınabilecek 26 puan üzerinden hesaplamaları yapılarak ortalama "doğru" ve ortalama "yanlış + boş" değerleri verilmiştir.).

Tablo 4.16. AHU ve Pratisyen Hekimlerin Başarı Düzeyinin Karşılaştırılması

Bilgi Soruları	Aile Hekimliği Uzmanı		Pratisyen Hekim		p değeri
	Doğru	Yanlış + Boş	Doğru	Yanlış + Boş	
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	
Soru 16	82,5 (47)	17,5 (10)	71,4 (192)	28,6 (77)	0,086
Soru 17 ★	100 (57)	0 (0)	79,6 (214)	20,4 (55)	<0,001
Soru 18a	96,5 (55)	3,5 (2)	94,8 (255)	5,2 (14)	0,747
Soru 18b	31,6 (18)	68,4 (39)	26,4 (71)	73,6 (198)	0,425
Soru 18c	31,6 (18)	68,4 (39)	36,4 (98)	63,6 (171)	0,487
Soru 18d	68,4 (39)	31,6 (18)	75,1 (202)	24,9 (67)	0,297
Soru 19	35,1 (20)	64,9 (37)	23 (63)	77 (207)	0,057
Soru 20a ★	89,5 (51)	10,5 (6)	61 (164)	39 (105)	<0,001
Soru 20b ★	86 (49)	14 (8)	62,1 (167)	37,9 (102)	0,001
Soru 20c ★	96,5 (55)	3,5 (2)	76,6 (206)	23,4 (63)	0,001
Soru 20d ★	93 (53)	7 (4)	77,7 (209)	22,3 (60)	0,008
Soru 21 ★	65,7 (17,1)	34,3 (8,9)	49,8 (12,9)	50,2 (13,1)	<0,001
Soru 22a ★	86 (49)	14 (8)	56,1 (151)	43,9 (118)	<0,001
Soru 22b ★	75,4 (43)	24,6 (14)	60,2 (162)	39,8 (107)	0,031
Soru 22c	75,4 (43)	24,6 (14)	68 (183)	32 (86)	0,271
Soru 22d	78,9 (45)	21,1 (12)	66,2 (178)	33,8 (91)	0,059
Soru 23	55,2 (180)	43,9 (25)	55 (148)	45 (121)	0,877

Soru 24	★ 96,5 (55)	3,5 (2)	73,2 (197)	26,8 (72)	<0,001
Soru 25	★ 82,5 (47)	17,5 (10)	48,7 (131)	51,3 (138)	<0,001
Soru 26a	★ 100 (57)	0 (0)	91,1 (245)	8,9 (24)	0,012
Soru 26b	★ 93 (53)	7 (4)	67,7 (182)	32,3 (87)	<0,001
Soru 26c	68,4 (39)	31,6 (18)	77,7 (209)	22,3 (60)	0,136
Soru 26d	★ 82,5 (47)	17,5 (10)	59,5 (160)	40,5 (109)	0,001
Soru 27	★ 75,4 (43)	24,6 (14)	61,7 (166)	38,3 (103)	<0,050
Soru 28	24,6 (14)	75,4 (43)	15,6 (42)	84,4 (227)	0,104
Soru 29	★ 93 (53)	7 (4)	71,7 (193)	28,3 (76)	0,001
Soru 30	43,9 (25)	56,1 (32)	32,3 (87)	67,7 (182)	0,096
Soru 31a	★ 63,2 (36)	36,8 (21)	37,2 (100)	62,8 (169)	<0,001
Soru 31b	80,7 (46)	19,3 (11)	75,5 (203)	24,5 (66)	0,398
Soru 31c	70,2 (40)	29,8 (17)	62,1 (167)	37,9 (102)	0,249
Soru 31d	★ 84,2 (48)	15,8 (9)	66,2 (178)	33,8 (91)	0,007
Soru 32	56,1 (32)	43,9 (25)	44,6 (120)	55,4 (149)	0,113
Soru 33	★ 89,5 (51)	10,5 (6)	63,2 (170)	36,8 (99)	<0,001
Soru 34a	★ 89,5 (51)	10,5 (6)	62,1 (167)	37,9 (102)	<0,001
Soru 34b	★ 78,9 (45)	21,1 (12)	58,7 (158)	41,3 (111)	0,004
Soru 34c	80,7 (46)	19,3 (11)	68 (183)	32 (86)	0,057
Soru 34d	★ 87,7 (50)	12,3 (57)	69,5 (187)	30,5 (82)	0,005
Soru 35	★ 61,4 (35)	38,6 (22)	36,1 (97)	63,9 (172)	<0,001

Araştırmaya katılan hekimlerin tüm bilgi sorularına verdiği doğru yanıtlar ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,684$) (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Toplam Başarı Puanının Cinsiyete Göre Dağılımı

Cinsiyet	Sayı	Ortanca	Ortalama	Standart Sapma	En Küçük	En Büyük	p değeri
Erkek	140	56,00	59,93	15,968	34	92	0,684
Kadın	186	60,00	59,70	12,991	26	90	
Toplam	326	60,00	59,80	14,323	26	92	

Hekimlerin meslekteki toplam hekimlik süreleri (mezuniyet tarihinden hesaplanan), aktif hekimlik süreleri ve aile hekimi olarak hizmet süreleri ile sorulara verilen doğru yanıtlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (sırasıyla; $p=0,279$, $p=0,335$ ve $p=0,576$), (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. Toplam Başarı Puanının Hizmet Sürelerine Göre Dağılımı

Toplam Hekimlik Süresi	r değeri	0,060
	p değeri	0,279
Aktif Hekimlik Süresi	r değeri	0,054
	p değeri	0,335
Aile Hekimi Olarak Hizmet Süresi	r değeri	- 0,031
	p değeri	0,576

Aile hekimlerinin ASM'lerde günlük ortalama çalışma süreleri ile toplam başarı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p=0,104$). Fakat günlük ortalama bakılan hasta sayısı ile toplam başarı puanı açısından istatistiksel olarak ters yönlü zayıf ilişki saptanmıştır ($r=-0,195$), ($p<0,001$). Buradaki ters yönlü ilişki, "Bakılan hasta sayısı arttıkça, toplam başarı puanı azalmıştır" anlamına gelmektedir (Tablo 4.19).

Tablo 4.19. Aile Hekimlerinin Toplam Başarı Puanı ile Günlük Çalışma Durumu Karşılaştırması

Günlük Ort. Çalışma Süresi	r değeri	0,090
	p değeri	0,104
Günlük Ort. Bakılan Hasta Sayısı ★	r değeri	- 0,195
	p değeri	<0,001

Aile hekimleri arasından tıp fakültesi eğitiminde "BZBH ve Bildirim Sistemi" ile ilgili herhangi bir eğitim alan ve almayanlar arasında, toplam başarı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,001$).

Meslek içi eğitimlerde "BZBH ve Bildirim Sistemi" ile ilgili herhangi bir eğitim alan ve almayan hekimler arasında, toplam başarı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,001$).

"BZBH ve Bildirim Sistemi" ile ilgili mevzuatı okuyan, BZBH listesini inceleyen aile hekimleri arasında, toplam başarı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,001$), (Tablo 4.20).

Tablo 4.20. Aile Hekimlerinin Toplam Başarı Puanı ile BZBH ve Bildirim Sistemi Konusundaki Eğitim Durumlarının Dağılımı

Sorular	Eğitim Durumu	Sayı	Ortanca	Ortalama	Standart Sapma	En Küçük	En Büyük	p değeri
Tıp Fakültesi (Soru 8)	Evet	188	64,00 ★	63,36	13,432	28	90	<0,001
	Hayır	138	54,00	54,94	14,114	26	92	
	Toplam	326	60,00	59,80	14,323	26	92	
Meslek İçi Eğitim (Soru 9)	Evet	113	70,00 ★	67,65	13,908	40	90	<0,001
	Hayır	213	54,00	55,63	12,729	26	92	
	Toplam	326	60,00	59,80	14,323	26	92	
İlgili Mevzuat Okuma (Soru 10)	Evet	96	70,00 ★	71,15	11,776	40	92	<0,001
	Hayır	230	54,00	55,06	12,533	26	88	
	Toplam	326	60,00	59,80	14,323	26	92	

Çalışmamızda; ortanca değeri 74,00 (40-90) olan ve her aşamada eğitim alan hekimler (n=45) ile ortanca değeri 48,00 (26-78) olan ve hiçbir aşamada eğitim almayan hekimlerin (n=109) kıyaslamasını yaptığımızda, (her aşamada eğitim görenler lehine) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$). Hiç eğitim almayanlar grubu ile kıyaslandığında; sadece hizmet içinde eğitim almak ($p<0,042$) veya sadece ilgili mevzuatı okumak ($p<0,001$) bile istatistiksel açıdan anlamlı fark yaratmaktadır.

Çalışmaya katılan hekimlerin kendilerini "BZBH ve Bildirim Sistemi" konusunda yeterli görmeleri durumu, yeterli görmeyenler ve kısmen yeterli görenler ile kıyaslandığında, toplam başarı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,001$), (Tablo 4.21).

Tablo 4.21. Başarı Puanı ve Kendini Yeterli Görme Durumu

Yeterli Görme Durumu	Sayı	Ortanca	Ortalama	Standart Sapma	En Küçük	En Büyük	p değeri
Evet	40	66,00	★ 62,80	15,760	38	90	0,001
Hayır	159	54,00	56,74	14,523	26	88	
Kısmen	127	62,00	62,68	12,837	40	92	
Toplam	326	60,00	59,80	14,323	26	92	

Çalışmaya katılan aile hekimlerin BZBH ile karşılaşma ve hiç karşılaşmama durumu kıyaslandığında, toplam başarı puanı açısından anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,038$), (Tablo 4.22).

Tablo 4.22. Başarı Puanı ve BZBH ile Karşılaşma Durumu

BZBH ile Karşılaşma	Sayı	Ortanca	Ortalama	Standart Sapma	En Küçük	En Büyük	p değeri
Evet	264	60,00	★ 60,28	14,862	26	92	0,038
Hayır	62	57,00	58,11	12,177	40	86	
Toplam	326	60,00	59,80	14,323	26	92	

Bunun yanında, BZBH ile karşılaşanlar grubundaki BZBH ile ilgili bildirim yaparken, herhangi bir aksaklık yaşayanlar ile aksaklık yaşamayanlar kıyaslandığında ise iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,417$), (Tablo 4.23).

Tablo 4.23. Toplam Başarı Puanının BZBH ile İlgili Bildirim Yaparken Aksaklık Yaşama Durumuna Göre Dağılımı

Aksaklık Yaşama Durumu	Sayı	Ortanca	Ortalama	Standart Sapma	En Küçük	En Büyük	p değeri
Evet	152	60,00	59,88	16,097	26	92	0,417
Hayır	108	60,00	61,33	12,450	38	90	

BZBH ile karşılaşan aile hekimleri arasından tıp bugüne kadar karşılaştıkları her BZBH ile ilgili bildirimde bulunanlar ile bulunmayanlar arasında, toplam başarı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,294$), (Tablo 4.24).

Tablo 4.24. Toplam Başarı Puanı ve BZBH ile İlgili Bildirim Düzeyi

Bildirim Düzeyi	Sayı	Ortanca	Ortalama	Standart Sapma	En Küçük	En Büyük	p değeri
Evet	32	57,00	58,00	14,224	38	88	0,294
Hayır	210	61,00	60,56	14,788	26	92	

Tıp fakültesi, hizmet içi ve sürekli tıp eğitimi aşamalarında eğitim almayı uygun gören hekimler arasında, toplam başarı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,001$), (Tablo 4.25).

Tablo 4.25. Aile Hekimlerinin Toplam Başarı Puanı ile BZBH ve Bildirim Sistemi Konusundaki Eğitim Durumlarının Dağılımı

Eğitim İsteği	Sayı	Ortanca	Ortalama	Standart Sapma	En Küçük	En Büyük	p değeri
Boş (0)	12	59,00	58,33	14,342	40	74	0,001
Tıp Fakültesi (1)	28	70,00	67,14	11,280	38	88	
Hizmet İçi Eğitim (2)	86	56,00	58,16	14,367	38	86	
Sürekli Tıp Eğitimi (3)	46	63,00	62,83	13,397	38	84	
1 ve 2	26	46,00	51,38	13,300	34	78	
1 ve 3	4	62,00	62,00	2,309	60	64	
2 ve 3	24	65,00	62,33	9,375	50	82	
Hepsi (1,2 ve3)	100	56,00	59,42	15,787	26	92	

Hekimlerin toplam başarı puanı ve soru bazındaki performansları göz önüne alındığında, aile hekimliği uzmanları lehine çıkan anlamlı fark, Tablo 4.14 ve Tablo 4.15'te gösterilmişti. Burada ise söz konusu fark, lehine görülen AHU'nun tanımlayıcı özelliklerine göz atmayı uygun gördük (Tablo 4.26).

Tablo 4.26. Aile Hekimliği Uzmanlarının Tanımlayıcı Özellikleri

Tanımlayıcı Özellik	Sayı	Ortanca	Ortalama	Standart Sapma	En Küçük	En Büyük
Yaş	57	47,00	44,56	9,374	27	58
Tanımlayıcı Özellikler		Sayı		Yüzde		
Cinsiyet	Erkek	24		42,1		
	Kadın	33		57,9		
Tıp Fakültesinde Eğitim	Evet	36		63,2		
	Hayır	21		36,8		
Hizmet İçi Eğitim	Evet	28		49,1		
	Hayır	29		50,9		
İlgili Mevzuat İnceleme	Evet	26		45,6		
	Hayır	31		54,4		
Kendini Yeterli Görme	Evet	4		7		
	Hayır+Kısmen	53		93		
BZBH ile karşılaşma	Evet	49		85,9		
	Hayır	8		14,1		
Bildirim Düzeyi	Evet	6		12,2		
	Hayır+Boş	43		87,8		
Bilgi Düzeyi	Doğru	36		72		
	Yanlış+Boş	14		28		

Bunun yanında; pratisyen hekimlerin, hizmet içi eğitim almayanları alanlara göre ($p=0,012$), mevzuatı incelemeyenlerin inceleyenlere göre ($p=0,003$) istatistiksel olarak anlamlı çoğunlukta bulunduğu tespit edilmiştir. Çalışmamıza katılan hekimlerden; bildirim yaptığını beyan edenler ve bildirim yapmadığını beyan edenler gruplarında, aile hekimliği uzmanlarına göre pratisyen hekimler lehine, istatistiksel fark yaratacak çoğunluk olduğu saptanmıştır ($p=0,003$), (Tablo 4.27).

Tablo 4.27. Pratisyen Hekimlerin Fark Yaratan Özellikleri

Eğitim Durumu		Sayı	Yüzde	p değeri
Hizmet İçi Eğitim	Evet	85	31,6	0,012
	Hayır	184	★ 68,4	
İlgili Mevzuat İnceleme	Evet	70	26	0,003
	Hayır	199	★ 74	
Bildirim Durumu	Unvan	Sayı	Yüzde	p değeri
Bildirim Yapan	AHU	6	18,8	0,003
	Pratisyen Hekim	26	★ 81,2	
Bildirim Yapmayan	AHU	33	15,7	
	Pratisyen Hekim	177	★ 84,3	

Çalışmamızın amacı doğrultusunda; araştırmaya katılan hekimlerin toplam başarı puanını, tanımlayıcı özellikler ile karşılaştırarak sunmuştuk. Aynı şekilde; aile hekimlerinin bildirim düzeyinin, tanımlayıcı özellikler ile karşılaştırmasını yapmayı da gerekli gördük (Tablo 4.28 ve Tablo 4.29).

Tablo 4.28. Aile Hekimlerinin Bildirim Düzeyi ile Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması-I

Tanımlayıcı Özellikler	Bildirim Durumu	Sayı	Ortanca	Ortalama	Standart Sapma	En Küçük	En Büyük	p değeri
Yaş	Evet	32	47,00	44,56	9,374	27	58	0,102
	Hayır	210	47,00	43,99	8,504	27	58	
	Boş	22	45,00	40,41	8,438	27	48	
Toplam Hekimlik Süresi	Evet	32	22,00	20,37	9,947	3	36	0,089
	Hayır	210	22,00	20,14	8,729	3	33	
	Boş	22	22,00	16,36	8,753	3	25	
Aktif Hekimlik Süresi	Evet	32	22,00	20,00	10,324	3	36	0,074
	Hayır	210	22,00	19,83	8,697	2	33	
	Boş	22	21,00	15,64	8,984	3	24	
Aile Hekimi Olarak Hizmet S.	Evet	32	6,00	7,31	6,373	1	24	0,491
	Hayır	210	6,00	6,00	3,836	1	25	
	Boş	22	6,00	8,68	7,074	1	20	
Günlük Ort. Çalışma Süresi	Evet	32	8,00 ★	7,94	0,246	7	8	0,010
	Hayır	210	8,00	8,13	0,368	7	9	
	Boş	22	8,00	8,00	0,436	7	9	
Günlük Ort. Bakılan Hasta	Evet	32	50,00	51,25	22,107	20	120	0,381
	Hayır	210	50,00	52,45	15,046	20	100	
	Boş	22	50,00	52,50	11,927	25	70	
Başarı Düzeyi	Evet	32	57,00	58,00	14,224	38	88	0,515
	Hayır	210	61,00	60,56	14,788	26	92	
	Boş	22	54,00	59,55	14,408	44	90	

Tablo 4.29. Aile Hekimlerinin Bildirim Düzeyi ile Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması-II

Tanımlayıcı Özellikler	Durum	Bildiren n=32	Bildirmeyen n=210	Boş n=22	Toplam n=264	p değeri
Cinsiyet	Erkek	18	89	9	116	0,323
	Kadın	14	121	13	148	
Unvan	AHU	6	33	10	49	0,003
	Pratisyen H.	26	★ 177	12	215	
Tıp Fakültesinde Eğitim	Evet	20	110	17	147	0,058
	Hayır	12	100	5	117	
Hizmet İçi Eğitim	Evet	14	77	8	99	0,738
	Hayır	18	133	14	165	
İlgili Mevzuat İnceleme	Evet	4	7	4	78	0,026
	Hayır	28	★ 140	18	186	
Kendini Yeterli Görme	Evet	6	30	2	38	0,819
	Hayır+Kısmen	26	180	20	226	

Araştırmamızda; aile hekimlerinden bulaşıcı hastalıklar bildiriminde bulunanların, bildirimde bulunmayanlara göre, günlük ortalama çalışma saati açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark yaratacak ölçüde, az çalıştığını tespit ettik ($p=0,010$), (Tablo 4.28).

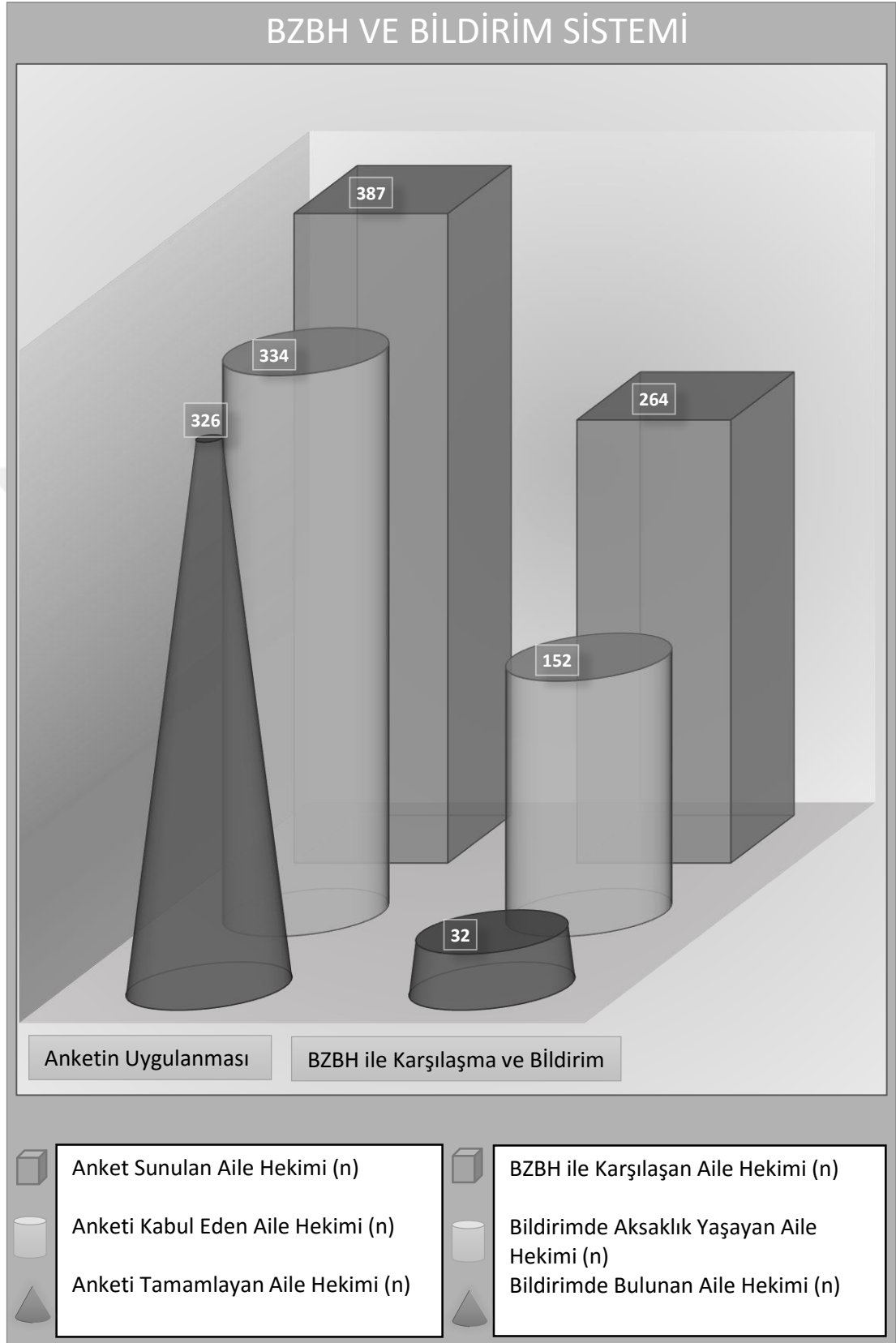
Bu çalışmada; hekimlerden bulaşıcı hastalıklar bildiriminde bulunanlar ve soruyu yanıtlamayanlar gruplarında, BZBH ve bildirim sistemi ile ilgili mevzuatı incelemeyenler lehine, istatistiksel olarak anlamlı çoğunluk olduğu saptanmıştır ($p=0,026$), (Tablo 4.29).

Anketimizde hekimlerden; bildirim yaparken aksaklık yaşadılarsa, aksaklık nedenlerini ve BZBH ile karşılaşma sıklığı kadar bildirim yapmıyorsa, bildirim yapmama nedenlerini ifade etmelerini istediğimizde aslında aynı başlıklar altında toplanan, aynı sıralamada yer alan nedenlerden bahsettiler.

Bu durumu incelediğimizde; Soru 14b ve 15b'deki olası nedenlerin birbiriyle istatistiksel anlamda örtüştüğünü saptadık ($p<0,001$). Çapraz tablolama yaptığımızda (köşegenlerin çakışma noktalarına bakacak olursak); iki soruyu da boş bırakanlarda %92, neden olarak iki soruya da Uzun Prosedür (1) diye gösterenlerde %85,7, iki soruya da Filyasyon Şartı (2) gösterenlerde %96,2, iki soruya da Bilgisayar Programı (3) diye gösterenlerde %100, iki soruya da Vakaya Ulaşım Zorluğu (4) diye gösterenlerde %100, iki soruya da Bilgi Eksikliği (5) diye gösterenlerde %100, iki soruya da daha nadir nedenler (6) gösterenlerde %100 kesişme olmuştur (Tablo 4.30).

Tablo 4.30. Hekimlerin Bildirimde Aksaklık Nedenleri ile Bildirimde Bulunmama Nedenlerinin Çapraz Tablosu

Bildirimde Bulunmama Nedenleri									
Aksaklık Yaşama Nedenleri	% (n)	Boş	1	2	3	4	5	6	Toplam
	Boş	92 (172)	2,1 (4)	3,7 (7)	1,1 (2)	1,1 (2)	0 (0)	0 (0)	57,4 (187)
	1	0 (0)	85,7 (12)	14,3 (2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4,3 (14)
	2	3,8 (2)	0 (0)	96,2 (51)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	16,3 (53)
	3	0 (0)	0 (0)	0 (0)	100 (14)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4,3 (14)
	4	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	100 (30)	0 (0)	0 (0)	9,2 (30)
	5	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	100 (22)	0 (0)	6,7 (22)
	6	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	100 (6)	1,8 (6)
	Toplam	53,4 (174)	4,9 (16)	18,4 (60)	4,9 (16)	9,8 (32)	6,7 (22)	1,8 (6)	100 (326)



Şekil 4.16. Aile Hekimlerinin Gruplara Ayrılması ve Sayısal Değerler

5. TARTIŞMA

Bulaşıcı hastalıklar; hızla salgınlar yaparak milyonlarca canın kaybolmasına yol açmış, insanlık tarihine derin izler bırakmıştır (38). Bize kalan; geçmişimizden ders çıkararak bulaşıcı hastalık etkenlerine gereken saygıyı gösterip insan hayatının değerini ve ömrünü artırabilmek adına BZBH'nin ilkelerini en iyi şekilde öğrenmek, şüphe duyup tanı koymak ve gerçek çözümler için bildirimde bulunmaktır. Bulaşıcı hastalıklar ile mücadelenin anahtarı, bu derslerden öğrendiklerimizi cesurca hayata geçirmektir. İnsanlık adına bu dersleri kaçırmamanın, bilmiyorum demenin mazereti olamaz ve olmamalıdır.

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'na göre mevzuattan kaynaklanan bir zorunluluk olmasına rağmen, ülkemizde bulaşıcı hastalık bildirimlerinin yeterli düzeyde olmadığı görülmektedir (51). İşte bu nedenlerden ötürü; çalışmamızı düzenlerken, ilk savunma hattımız olan birinci basamaktaki aile sağlığı merkezlerine ait karşılaşılan BZBH'nin bildirim durumlarını, bildirimle ilgili sorunları ve olası nedenlerini ve de aile hekimlerinin BZBH ve bildirim sistemi konusundaki bilgi düzeyini ortaya koymayı amaçladık.

Araştırmanın tartışma bölümü, bulgular bölümüne uygun olarak dört bölümde incelenmiştir. Bu bölümler;

1. Aile hekimlerinin tanımlayıcı özellikleri,
2. Aile hekimlerinin bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar ve bildirim sistemi konusundaki bilgi düzeyi ve davranışları,
3. Anket değerlendirmesi,
4. Anket bölümlerinin istatistiksel anlamda karşılaştırılmasıdır.

5.1. Aile Hekimlerinin Tanımlayıcı Özellikleri

Çalışmamıza, Ankara ilinin en kalabalık üç ilçesinde görev yapan toplam 326 aile hekimliği uzmanı ve pratisyen hekim katılmıştı. Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin yaş ortalaması $42,75 \pm 8,92$, ortanca değeri 45,00 (26-58) olarak saptanmıştı. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde ise hekimlerin %42,9'u erkek ($n=140$) ve % 57,1'si kadın ($n=186$) idi.

Eskişehir il merkezinde birinci basamakta görevli 147 hekim üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada, hekimlerden %49'u erkek, %51'i kadın ve yaş ortalaması ise 40.58 ± 4.94 yıl olarak bulunmuştur (52). Ankara'da gerçekleştirilen başka bir çalışmada, araştırmaya katılan 196 aile hekiminin %59,7'si kadın, yaş ortalaması ise 29 bulunmuştur (53). Çalışmamız bu iki çalışma ile cinsiyet yönünden benzerlik teşkil etmektedir. Çalışmayı Ankara ili merkezinde yapmış olmamız yaş ortalamasının yüksek çıkmasında rol alan temel faktördür. Ankara'da yapılan çalışma aile hekimleri asistanlarının mevcut yaş durumunu gösterdiği için de, önümüzdeki birkaç yıl içerisinde birinci basamakta çalışacak olan bu hekimler, Eskişehir'de yapılan çalışmadakine benzer şekilde araştırmamızda da saptadığımız yaş değerlerinin giderek düşmesine yol açacaktır.

Bu çalışmada, katılımcıların %17,5'i ($n=57$) aile hekimliği uzmanı ve %82,5'i ($n=269$) pratisyen hekim olarak görev yaptığı bulunmuştu. Aile hekimliği uzmanlarının yaşına dair ortanca değer 38,00 (27-55) ve pratisyen hekimlerin yaşına dair ortanca değer 45,00 (26-58) olarak saptanmıştı. Aile hekimi uzmanlarının yaşına dair ortanca değer, beklendiği gibi daha düşük bulunmuştu. Hekimlerin, meslekteki toplam sürelerine yıl bazında bakıldığında (mezuniyet tarihinden itibaren), ortanca değer 21,00 (3-36) ve aktif hizmet sürelerinde ise ortanca değer 20,00 (2-36) olarak bulunmuştu. Tüm hekimlerin günlük çalışma sürelerine bakıldığında ortanca değer 8,00 (6-9) saat ve bakılan hasta sayısının ortanca değeri 50 (20-120) olduğu tespit edilmişti.

Ülkemizde birinci basamaktaki aile hekimi uzmanı oranı ve aile hekimlerince günlük muayene edilen hasta sayısı konularında çalışmamızla uyumlu olan güncel literatür bilgilerine göre; aile hekimliği disiplini ön plana

çıkararak Fransa, DSÖ tarafından en iyi sağlık sistemine sahip ülke olarak gösterilmiştir. Ülkemizde ise birinci basamak sağlık hizmetlerinde değişim süreci halen devam etmektedir. Diğer gelişmiş ülkelerde de olduğu gibi, Fransa’da da aile hekimlerinin diğer dal uzmanlarına oranı %50 dolayındadır. Hatta bu oranı daha da yukarılara çekmek için çaba sarf etmektedirler. Ülkemizde ise toplam doktor sayısının yaklaşık % 20’sini (22.000) aile hekimleri oluştururken bunun da sadece % 5’i aile hekimliği uzmanıdır. Fransa’da bir aile hekimi başına düşen nüfus 1000-1500 iken ülkemizde bu sayı ortalama 3600 kişidir. Dolayısı ile Fransa’da günlük muayene edilen kişi sayısı 25-30 iken ülkemizdeki sayı bu rakamın iki katını aşmaktadır (54).

Araştırmamızda, aile hekimlerinin en sık mezun olduğu ilk beş üniversite sırasıyla; Ankara Üniversitesi %12,6 (n=41), Gazi Üniversitesi %9,5 (n=31), Hacettepe Üniversitesi %8 (n=26), Selçuk Üniversitesi %6,7 (n=22) ve Eskişehir Osmangazi Üniversitesi %6,1 (n=20) olarak belirlenmişti. Söz konusu fakültelerin Ankara’da ve Ankara’ya komşu illerde bulunduğu dikkate alındığında, mezun olunan tıp fakültesi illeri ile çalışma yerinin bulunduğu il arasında ilişki olduğunu söyleyebiliriz.

Korkmaz M. ve arkadaşlarının 2015 yılında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde yaptığı anket çalışmasında hekimlerin (çalıştıkları birimlere göre) %24,76’sı (n=26), bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar ve bildirim sistemi konusunda eğitim almaktadır (55). Çalışmamızda; BZBH ve bildirim sistemi konusunda; tıp fakültesi eğitimi süresince, herhangi bir eğitim aldığını söyleyen %57,7 (n=188) hekim olurken, meslek içi eğitimlerde bu konuda eğitim aldığını ifade eden %34,7 (n=113) hekim idi. BZBH ile ilgili mevzuatı okuyan ya da BZBH listesini inceleyen %29,4 (n=96) aile hekimi bulunmaktaydı.

Aynı çalışmada hekimlerin %85,7’sinin (n=90), BZBH hakkında kendini bilgi yönünden yetersiz hissettiğini tespit edilmiştir. Çalışmamızda ise aile hekimlerinin BZBH ve bildirim sistemi konusunda kendilerini yeterli görmelerini sorguladığımızda; %12,3 (n=40) ile evet yanıtını verdiklerini, %87,7 (n=286) ile hayır veya kısmen diyerek kendilerini yeterli görmediklerini saptamıştık.

Araştırmamızda katılımcıların %81'i (n=264) aile hekimi olarak BZBH ile karşılaştıklarını ifade ederken, BZBH ile hiç karşılaşmayanlar %19 (n=62) idi. Karşılaşan grupta, aile hekimlerinin en sık karşılaştığı BZBH'den ilk üç sırada gelenler ise %36 (n=118) ile "Çocukluk Çağı Döküntülü Hastalıkları", %18,7 (n=61) ile "Akut Gastroenterit (AGE)" ve %12 (n=39) ile "Kuduz/kuduz Riskli Temas" olarak belirtilmiştir. Güncel literatüre baktığımızda ise ABD'de Tüberküloz, AIDS ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların bildirilme oranları, tüm diğer bildirimi zorunlu hastalıklardan anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Diğer gelişmiş ülkelerde de benzer oranlar bulunmuştur (56), (57).

Aile hekimlerinin içindeki %81'lik (n=264) BZBH ile karşılaşanlar grubuna, BZBH ile ilgili bildirim yaparken herhangi bir aksaklık yaşadınız mı şeklindeki sorumuza; %57,6'sı (n=152) aksaklık yaşadığını belirtmişti. Tüm aile hekimlerinin içindeki %46,6'lık (n=152) karşılaşılan BZBH ile ilgili bildirim yaparken herhangi bir aksaklık yaşayanlar grubu, aksaklık nedenlerini 6 başlık altında ifade etmişlerdi. En sık aksaklık nedenlerinin başında; %18,4 (n=60) ile uzun prosedür, %21,1 (n=32) ile filyasyon şartı aranması ve %14,5 (n=22) ile kullanılan bilgisayar programı gelmekteydi.

Anketimizin ilk bölümünün (tanımlayıcı özellikler) son sorusunda hekimlerden BZBH ile daha önce karşılaşanlar grubuna, BZBH ile karşılaşma sıklığıyla aynı oranda bildirim yapıp yapmadıklarını ve neden yapmadıklarını sormuştuk. Bu bölümle bilgi sınavı bölümü arasında bulunan iki sözlü sorumuza verilen yanıtlara göre; hekimlerin en sık bildirdikleri BZBH sırasıyla; Kuduz/Kuduz Riskli Temas (KKRT), Döküntülü Hastalıklar (Suçiçeği ön planda) ve Akut Gastroenterit olurken, en sık bildirmediği BZBH ise İnfluenza (Grip), Döküntülü Hastalıklar ve Akut Gastroenterit olmuştu.

Çalışmamızdan elde edilen ve Yenimahalle TSM'den alınan verileri birlikte yorumlayacak olursak; aile hekimleri, Kuduz konusunda filyasyon aranması nedeniyle TSM'den gelen formlara dönüş yapmak zorunda kaldıklarını ifade etmişlerdi. Bu yüzden; Kuduz, sahada BZBH içinde en zorunlu (!) bildirilen bulaşıcı hastalık olmuştur. Döküntülü Hastalıklar ve Akut Gastroenterit'in hem bildirilen hem de bildirilmeyen grupta yer alması gerçekten sık karşılaşıldığını göstermektedir (bakınız; soru 13, en sık

karşılaşılan BZBH: Döküntülü Hastalıklar, Akut Gastroenterit, Kuduz/Kuduz Riskli Temas). İnfluenza (Grip) konusunda ise hekimler seçici davranarak bildirdiklerinden çok daha fazlasını bildirmiyorlar veya ÜSYE tanısı girerek bildirim sayılarının düşmesine neden oluyorlar denebilir.

İbrheem İE ve ark. İzmir’de yaptığı araştırmada (en sık bildirilen BZBH; Kuduz/kuduz Riskli Temas, Tüberküloz ve Salmonella spp.), Lafond KE ve ark. Nijerya’da yaptığı araştırmada (en sık bildirilen BZBH; Polio, Avian Influenza ve Kızamık), Ludwig MS ve ark. Bavyera/Almanya’da yaptığı araştırmada (en sık bildirilen BZBH; GIS Enfeksiyonu-Salmonella spp., Tüberküloz ve Akut Hepatitler) ve ABD, 2010 yılı Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Listesi’nde (Chlamydia trachomatis, Gonore ve Salmonella spp.) olduğu gibi literatürü taradığımızda, en sık bildirilen BZBH ile ilgili çalışmalara rastlasak da en sık bildirim yapılmayan BZBH ile ilgili çalışma bulamadık (64-67).

En sık bildirilen hastalıklardaki ülkesel veya bölgesel değişikliğin ülkenin veya bölgenin sosyoekonomik-kültürel seviyesini yani insani gelişim endeksini yansıttığını görmekteyiz. Aynı zamanda bildirimdeki sıklık, BZBH sürveyansı ve bulaşıcı hastalıklar ile mücadele zemininde nerelere ekim yapacağımıza dair işaret değneği konumundadır. Çünkü hayatta ne ekersek ancak onu biçebiliriz. Bunun yanında bildirilmemedeki sıklık ise BZBH ve bildirim sistemindeki zayıf halkaları ortaya koyacaktır ve aynı geminin yolcuları olarak, ancak en zayıfımız kadar güçlü olabiliriz. Bu yüzden bu konuda daha kapsamlı ve daha çok sayıda çalışmaya ihtiyacımız olduğu görüşünü savunmaktayız.

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesinde yapılan bir çalışmada 1997 ve 1998 yıllarında tespit edilen sırasıyla 660 ve 493 adet BZBH hastalık olgusunun 1997 yılında %13’ünün, 1998 yılında da %30’unun bildirildiği belirlenmiştir (58). Araştırmamızda, tüm aile hekimlerinin %81’i (n=264) olan BZBH ile karşılaşan grupta, bildirim düzeyi %12,1 (n=32) olarak saptanmıştır. Aile hekimlerinin birden fazla sayıda BZBH ile karşılaşp bildirimde bulunmadığı durumunu da hesaba katarsak, bildirim düzeyinin daha düşük bulunacağını söyleyebiliriz. Yasal zorunluluk olarak kabul edilmiş olmasına rağmen, Türkiye’de bulaşıcı hastalık bildirimlerinin yeterli düzeyde olmadığı gerçeği, Durusoy Onmuş R.’nin İzmir’de yaptığı bir çalışmada da gösterilmiştir (59).

Aile hekimlerinin BZBH ile karşılaşmasına rağmen bildirimde bulunmamasının nedenlerini sorguladığımızda; en sık nedenler, %38,1 ile uzun prosedür, %21,6 ile filyasyon şartı aranması ve %15,8 ile kullanılan bilgisayar programı olarak gösterilmektedir.

5.2. Aile Hekimlerinin Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar ve Bildirim Sistemi Konusundaki Bilgi Düzeyi ve Davranışları

Anketimizdeki 20 adet bilgi sorusundan hesaplanan toplam puana bakıldığında ortanca 60 (26-92), ortalama $59,80 \pm 14,32$ olarak hesaplanmıştır. Anketimizi oluştururken, bilgi düzeyini belirten toplam puan ortalamasının “100 üzerinden 70 ve üzerinde” olmasını, “iyi” not anlamında “yeterli” kabul ettik. Bu yüzden anketimiz sonucunda aile hekimlerinin bilgi düzeyini, “orta” not anlamında “yetersiz” olarak değerlendirmekteyiz. Benzer şekilde, Korkmaz M. ve arkadaşlarının 2015 yılında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde yaptığı çalışmada hekimlerin anket geneline verdikleri cevapların doğru-yanlış oranı açısından, doğru cevap ortalaması 2.65 ± 1.2 olarak bulunmuştur (55).

Anketin 20 soruluk bilgi sınavı bölümünün; BZBH ve bildirim sistemine dair genel bilgiler ve mevzuat (soru 16-19), BZBH grupları (soru 20-22), grup A BZBH (soru 23-25), grup B BZBH (soru 26 ve 27), grup C BZBH (soru 28-30), grup D Enfeksiyon Etkenleri (soru 31 ve 32), bildirim sistemi formları ve sürveyans (soru 33-35) şeklinde gruplandırarak hazırladığımızdan bahsetmiştik. Aile hekimlerinin bu gruptaki bilgi düzeyleri aşağıda verilen şekilde hesaplanmıştır:

1. Bölüm: Soru 16-19 (genel bilgiler/mevzuat)	59,07 puan
2. Bölüm: Soru 20-22 (BZBH grupları)	58,09 puan
3. Bölüm: Soru 23-25 (grup A BZBH)	62,36 puan
4. Bölüm: Soru 26 ve 27 (grup B BZBH)	73,68 puan
5. Bölüm: Soru 28-30 (grup C BZBH)	42,36 puan
6. Bölüm: Soru 31 ve 32 (grup D Enfeksiyon Etkenleri)	59,50 puan
7. Bölüm: Soru 33-35 (bildirim sistemi/formları)	63,40 puan

Aile hekimleri, en yüksek puan ortalamasına, B grubu BZBH sorularında (aynı zamanda 70 puan barajını geçen tek bölüm!) ulaşırken en düşük puan ortalamasını, C grubu BZBH sorularında almıştır. Literatürde; İbrheem İE ve ark. tarafından Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde yaptıkları araştırmada belirtildiği gibi en az karşılaşılan BZBH grubunun en yüksek oranda bilinmesi klinikte pek fayda sağlamayabilir ama yine de B grubunun nadir görülse de (ülkemizde görülmese bile) uluslararası öneme sahip hastalıklar olduğunu unutmamak gerekir (60). Aile hekimlerinin, ASM'den bildirimi zorunlu olmasa da C grubunu sorularını bu kadar az bilebilmesinin klinik yansıması, karşılaşılan vakayı ilgili dal hastanesine sevkinin tam olarak yapılamaması şeklinde olacaktır kanaatindeyiz.

Anketin bilgi sınavı bölümünde; en sık doğru cevap verilen, yanlış yapılan ve boş bırakılan soruların; sırasıyla soru 18a, 28 ve 35 olduğunu belirtmiştik. Soru 18a, mevzuatta geçen şekliyle sorguladığımız, bazı BZBH'ye dair ivedi ihbarın neden gerekli olduğunu açıklayan bir soru olduğu için aile hekimlerinin BZBH bildiriminin önemini kavramış olduklarını söyleyebiliriz.

Ancak bulaşıcı hastalıklar konusunda mevzuatı iyi bilmek, tek başına yeterli değildir. Mevzuatı uygulamanın da gerekli olduğunu; bulaşıcı hastalıklar ve ihbar yükümlülüğü ile bulaşıcı hastalıklar ve aydınlatılmış onam örnekleriyle açıklamak istedik. Türk Ceza Kanunu'nun 280'inci maddesinde tanımlanan "ihbar yükümlülüğüne aykırılık suçu", hekimlerin mesleklerinin icrası sırasında herhangi bir suç belirtisi ile karşılaştıklarında, bunu yetkili mercilere ihbar etmelerini zorunlu kılmış, bu zorunluluğa uymamayı da cezaya tabi tutmuştur. ABD hukukunda ise çocuk istismarı, silahla yaralama ve bulaşıcı hastalık haricinde hekimin ihbar yükümlülüğünün bulunmadığı ifade edilmektedir (61).

Mevzuatta, bulaşıcı hastalıkların özel yeri olan bir başka konuyu da belirtmek gerekir. Bazı istisnai durumlarda, hastanın rızası (aydınlatılmış onam) alınmaksızın tedavi uygulanması da mümkündür: i- Acil müdahaleler ii- Normal tedavi süreci içinde gelişen olağandışı durumların kontrol altına alınması zorunluluğu, iii- Kanunî zorunluluklar (adli vakalar, toplum sağlığını tehdit eden bulaşıcı hastalıklar) (62).

Soru 28, C grubu BZBH genel özelliklerine dair olup aile hekimlerinden, bu grubun önemli bir kısmının bildirim sistemine yeni katılan hastalıklar olduğunu bilmelerini istedik. Ancak bu soru %78,5 ile en fazla yanlış yapılan soru olurken %43,6 ile en sık yanlış işaretlenen seçenek ise "Trahom hariç hiç biri için birinci basamaktan bildirim istenmemekte iken ikinci basamak veya daha üst uzman kurum, laboratuvarlarca bildirim alınması yeterlidir." şeklinde C grubu BZBH'nin nereden bildirip bildirilemeyeceğini ifade eden B seçeneği olmuştur. Trahomun endemik olduğu, pilot uygulaması olan bölgelerde ASM'den bildirim yapılabilmesi istisnai bir durumdur (4). Bu durumun bilgisine sahip olmayan aile hekimlerinin, ana çeldirici olan seçeneğimize takıldıklarını gördük. Yine de hekimlerin, grup C BZBH'nin önemli bir kısmının eskiden bildirim sisteminde olmadığı gerçeğini bilmeleri gerekirdi diye düşünmekteyiz.

Soru 35'te ise aile hekimlerinin, yeni bildirim sistemindeki olası/kesin vaka ayrımını bilmelerini istedik. %16,6 ile en sık cevaplanmayan soru olmasının altında yatan neden; ekler bölümünde bulunan bulaşıcı hastalıklar bildirim sistemi sınıflandırma tablosundaki püf noktaları, bilgi formları ve ayrıntılı hastalıklarla ilişkilendirerek sorgulamamızdan ötürü hekimlerin karar vermede zorluk yaşamalarıdır diye tahmin etmekteyiz. Bildirim sisteminin temel veri toplama araçlarından birisi de bildirim formlarıdır. Olası/kesin vaka ayrımının yapılamadığı, bildirim formları ile ilgili bilgi düzeyinin düşük olduğu bir ortamda sağlıklı bildirim yapılacağını düşünmek anlamsız olacaktır.

Umumi Hıfzıssıhha Kanunun 65, 68, 70 ve 72.maddelerinde BZBH ilişkili olarak hekimlere verilen yetki ve sorumluluklar belirtilmiştir. Sağlık kurumlarında tespit edilen bulaşıcı hastalıkların, çeşitli formlarla HSM'ye bildirilmesi, bu sorumlulukların başında gelmektedir. Deniz Keskinler Ü. tarafından, Erzurum il sağlık müdürlüğü kayıtlarındaki form 017'ler incelenerek yapılan araştırmada da belirtildiği gibi; bulaşıcı hastalıkların verilerinin il düzeyinde toplandığı kurum olan HSM'nin kayıtları bu konudaki çalışmalarda en önemli kaynak olmalıdır. Bu veri kaybının ortadan kaldırılabilmesi ancak hekimler ve diğer sağlık çalışanlarının konunun önemini kavrayabilmesi, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimler verilmesi ile mümkündür (63).

5.3. Anket Değerlendirmesi

Aile hekimlerine, BZBH ve bildirim sistemi konusunda; tıp fakültesi, hizmet içi eğitim ve sürekli tıp eğitimi gibi hangi aşamalarda eğitim almayı istediklerini sormuştuk. Amacımız sahadaki mevcut durumda ne gibi ihtiyaçları olduğunu öğrenmekti. Hekimlerin %96,3'ünün eğitim almayı istediklerini belirtmesi; hekimlerin kendini tanıması, mevcut saha koşullarını bilmesi ve eğitim açlığını göstermesi bakımından önemlidir. En sık %30,7 ile her üç aşamada da, %26,4 ile sadece hizmet içinde ve %14,1 ile sadece sürekli tıp eğitiminde bulaşıcı hastalıklar eğitimine ihtiyaç duysalar da, biz her üç aşama da seçiminin çok daha sık olmasını istedik.

Anket değerlendirilmesi amacıyla; aile hekimlerine, "Anketimiz, BZBH ve bildirim sistemi hakkındaki bilgi ve farkındalığınızı artırmak açısından yararlı oldu mu?" şeklinde sorduğumuzda; %79,4 ile evet, %7,4 ile hayır, %9,5 ile kısmen yanıtını vermişti. Anketi kurgularken; aile hekimlerinin bilgiyi ölçme, bilgiyi kullanma (farkındalık) ve yorum yapabilme becerilerini test etme amacının yanında katılımcılarımızda bilgi ve farkındalık yaratarak olumlu anlamda iz bırakmak istedik.

Aile hekimlerine aynı amaçla, "BZBH ve bildirim sistemi hakkındaki anketimiz sizde davranış değişikliğine yol açacak mı? " diye sorduğumuzda ise %40,2'si (n=131) evet, %16,6'sı (n=54) hayır, %38,3'ü (n=125) kısmen şeklinde yanıtlamıştı. Hekimlerin anket sonunda; bilgi düzeylerinin arttığını düşünmelerine rağmen bildirim düzeyinin bu artışın ancak yarısı kadar olması manidardır. Burada anketimizin özelliklerinden çok hekimlerin bulaşıcı hastalıklar ile karşılaştıklarında tanı koyma ve bildirim sürecinde yaşadıkları problemler öne çıkmaktadır diye düşünmekteyiz. Bir problemin çözümünde en önemli süreç, problemin cesurca ortaya konmasıdır. Sonrasında gelen kararlılık ve özveri (sıkı çalışma) ile çözülemeyecek problem yoktur. Biz yeter ki gerekli cesareti, kararlılığı ve özveriyi gösterelim.

Son olarak, aile hekimlerinin anketimizi değerlendirmesini istediğimizde; %50'si olumsuz ya eksik yönünün olmadığını belirtirken olmadığını belirtirken %28,3'ü "uzun", %20,3'ü "zor", %10,4'ü "yorucu", %7,1'i "yetersiz hissettiriyor" (aslında olumlu bir özellik olduğu görüşündeyiz) şeklinde olumsuz görüş bildirmişti. Yoğun mesai saatlerinde kapasitesinin üzerinde hasta bakmaya mecbur kalan, negatif ve pozitif performans sisteminin altında sıkışan, birinci basamakta koruyucu sağlık hizmetlerinin sorumluluğunu omuzlarında taşıyan, şimdilerde ehliyet muayenesi, acil nöbetleri belki ilerde KETEM gibi üzerine vazife olmayan işler yüklenen aile hekimlerimize; katılımlarından, değerli görüşlerinden, hoşgörülü ve sabırlı tutumlarından ötürü teşekkür ederiz.

5.4. Anket Bölümlerinin İstatistiksel Anlamda Karşılaştırılması

Bu bölümde; genel olarak, anketin ilk bölümü olan aile hekimlerinin tanımlayıcı özellikleri ve bildirim düzeyi ile ikinci bölümünden elde edilen toplam başarı puanının karşılaştırmalarından bahsetmeyi uygun gördük. Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin yaş ortalaması $42,75 \pm 8,92$, ortalanca değeri 45,00 (26-58) olarak saptanmıştı. Hekimlerin yaşlarını 26-35, 36-45, 46-55, 56 ve üstü şeklinde dört gruba ayırdığımızda; (36-45 yaş grubu ile kıyaslandığında, 26-35 ve 46-55 yaş grupları lehine) yaş grupları ile toplam başarı puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştu ($p < 0,001$). Yaş gruplarındaki bu durumu; hekimler yıllar içerisinde deneyim ile bilgi kazanmakla birlikte, tıp fakültesindeki eğitimleri unutabilmektedir. Bu yüzden, mezuniyet sonrası eğitimlerin iyi anlaşılması ve unutulmaması için konunun uzmanları tarafından verilmesi ve sık tekrarlanması gerekmektedir.

Araştırmamıza katılan hekimlerin, tüm bilgi sorularından aldığı toplam puan ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark saptanmamıştı ($p = 0,684$). Aynı zamanda, hekimlerin meslekteki toplam hekimlik süreleri ile başarı puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştı ($p = 0,279$).

Ankara’da, Üner S. ve arkadaşlarınca birinci basamakta yapılan bir çalışmada ise hem hekimlerin cinsiyetlerine göre bulaşıcı hastalıklar ve bağışıklama konusunda bilgi ve beceri öz değerlendirme puanları arasında (erkek cinsiyet lehine), hem de hekimlerin çalışma sürelerine göre bulaşıcı hastalıklar ve bağışıklama konusunda bilgi ve beceri öz değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$), (64). Bu duruma; söz konusu araştırmanın sadece bulaşıcı hastalıklara odaklanmaması ve birinci basamakta, ASM’lerin yanında AÇSAP Merkezlerini de çalışmaya katması ile bizim çalışmamızda hekimlik sürelerini gruplandırarak karşılaştırma yapmamamız neden olmuş olabilir görünmekte.

Aile hekimliği uzmanlarının toplam başarı puanına dair ortanca değer; 72,00 (48-92) iken pratisyen hekimlerin toplam başarı puanına dair ortanca değeri; 56,00 (26-90) olarak saptanmıştı. Bu da iki grup arasında AHU lehine, istatistiksel olarak anlamlı bir fark demektir ($p<0,001$).

Aile hekimlerinin ASM’lerde günlük ortalama çalışma süreleri ile toplam başarı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı ($p=0,104$). Fakat günlük ortalama bakılan hasta sayısı ile toplam başarı puanı açısından istatistiksel olarak ters yönlü zayıf ilişki saptanmıştır ($r=-0,195$), ($p<0,001$). Buradaki ters yönlü ilişki, "Bakılan hasta sayısı arttıkça, toplam başarı puanı azalmıştır" anlamına gelmektedir.

Çalışmamızda, hekimlerin günlük çalışma sürelerine bakıldığında ortalama $8,07\pm0,42$ saat ve bakılan hasta sayısı ortalama $51,33\pm17,46$ olarak bulunmuştu. Hasta başına ayrılan ortalama sürenin 9,43 dakika gibi kısıtlı olduğu bir ortamda, aşırı hasta yoğunluğu ve kronik yorgunluk nedeniyle bulaşıcı hastalık bildirimlerine ya da eğitimlerine yeterli zamanın ayrılamayacağı açıkça görülmektedir. Derhem B. tarafından Ankara’da birinci basamakta yapılan çalışmada gösterildiği gibi; aile hekimlerinin sadece %17,8’i, Tababet Uzmanlık Yönetmeliği’ne göre günde poliklinikte bakılacak hasta sayısının sınırının cevabı olarak, “20” seçeneğini bilmiş, en fazla verilen cevap ise “Sınırsız” olmuştur. Avrupa Birliği ülkelerinde ise “hasta başına 20 dakika” kuralına uyulmaktadır (65).

Çalışmamızda, aile hekimleri arasından tıp fakültesi eğitiminde "BZBH ve Bildirim Sistemi" ile ilgili herhangi bir eğitim alan ve almayanlar arasında, toplam başarı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştı ($p<0,001$). Meslek içi eğitimlerde "BZBH ve Bildirim Sistemi" ile ilgili herhangi bir eğitim alan ve almayan hekimler arasında, toplam başarı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştı ($p<0,001$). Araştırmamıza katılan hekimlerin tüm sorulara verdiği yanıtlar değerlendirildiğinde, aile hekimliği uzmanları ile pratisyen hekimler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmişti ($p<0,001$).

Korkmaz M. ve ark. tarafından yapılan çalışmada; tıp fakültesindeki hekimlerin çalıştıkları birimlere göre bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında Enfeksiyon Hastalıkları, Tıbbi Mikrobiyoloji, Göğüs Hastalıkları ve Halk Sağlığı Anabilim Dalı gibi BZBH konusunda hizmet içi eğitim alan birimlerde BZBH hakkındaki bilgilerinin diğer birimlerle karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$), (55). Üner S ve ark. araştırmasında ise hekimlerin tıp fakültesinde eğitimleri sırasında klinik dönemdeki kayıplarına göre hekimlerin bulaşıcı hastalıklar ve bağışıklamaya ilişkin öz değerlendirme puanları beceri ile ilgili değerlendirmede klinik dönemde kaybı olmayanların lehine farklılık belirlenmiştir ($p=0,04$). Mezuniyet sonrası eğitim almayanlar ile doktora eğitimi alanlar arasında ($p=0,02$), yüksek lisans eğitimi alanlar arasında ($p<0,05$), tıpta uzmanlık eğitimi alanlar arasında ($p<0,05$) farklılık bulunmuştur (64).

Bizim araştırmamızın da içinde bulunduğu söz konusu çalışmaların; bulaşıcı hastalıklar ile ilgilenen bölümlerde, eğitim alan hekimlerde ve aile hekimliği uzmanlarında bilgi düzeyinin yüksek bulunması bunların eğitimle ilişkili olduğunu destekleyen bulgular olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu da bize BZBH konusunda eğitimin önemini göstermektedir. Eğitimin, bir insana yapılabilecek en önemli yatırım olması gibi bulaşıcı hastalıklar ve bildirim sistemi eğitimi, birinci basamakta görev yapan ve yapacak hekimler açısından da olmazsa olmaz mertebesindedir.

Çalışmamızda; toplam başarı puanı açısından baktığımız durumda, ortanca değeri 74,00 (40-90) olan ve her aşamada eğitim alan hekimler (n=45) ile ortanca değeri 48,00 (26-78) olan ve hiçbir aşamada eğitim almayan hekimlerin (n=109) kıyaslamasını yaptığımızda, (her aşamada eğitim görenler lehine) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştu ($p<0,001$). Hiç eğitim almayanlar grubu ile kıyaslandığında; sadece hizmet içinde eğitim almak ($p<0,042$) veya sadece ilgili mevzuatı okumak ($p<0,001$) bile istatistiksel açıdan anlamlı fark yaratmaktaydı. Karanlık bir dünyada bilimin mum ışığında aydınlanan yolumuza, en ufak bir bilgi zerreciğinin *foton* anlamına geldiğini düşünmemizden ötürü; çalışmamızda saptamış olduğumuz eğitimin bu rolü, önümüzü gün ışığında görme mutluluğu tattırmıştır.

Çalışmaya katılan hekimlerin kendilerini "BZBH ve Bildirim Sistemi" konusunda yeterli görmeleri durumu, yeterli görmeyenler ve kısmen yeterli görenler ile kıyaslandığında, toplam başarı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştı ($p=0,001$). Kendilerini yeterli görmeyen ve kısmen yeterli gören aile hekimleri kıyaslandığı durumda da toplam başarı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştı ($p=0,002$). Araştırmamızda bilgi konusunda kendinden emin aile hekimlerinin daha iyi sonuçlar aldığını, bu konuda kendini yeterli görmeyen hekimlerin de kendileri hakkında doğru düşündüklerini göstermiştir. Bildiğinden ve bilmediğinden emin olan hekimler, kararsızlara göre kendilerini iyi tanıyorlar diyebiliriz.

Bu araştırmada; aile hekimlerinin, BZBH ile karşılaşma ve hiç karşılaşmama durumu kıyaslandığında, toplam başarı puanı açısından anlamlı bir fark bulunmuştu ($p=0,038$). Bunun yanında, BZBH ile karşılaşanlar grubundaki BZBH ile ilgili bildirim yaparken herhangi bir aksaklık yaşayanlar ile aksaklık yaşamayanlar kıyaslandığında ise iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştı ($p=0,417$). Anketimizden elde edilen verilere göre BZBH ile karşılaşma aile hekimlerine BZBH ve bildirim sistemi konusunda öğretici bir deneyim olmuştur. Zaten aksaklık yaşayanlar ve aksaklık yaşamayanlar grupları; BZBH ile karşılaşanlar grubunun alt kümeleri olduğu için, bu iki alt kümenin arasında fark oluşmasını beklemiyorduk. Bildirimde aksaklık yaşamak, bildirimde bulunmayı ne kadar etkilemiştir, bunu bilemiyoruz fakat

aile hekimlerinin her karşılaştığı BZBH'yi bildirmeyenler grubunun (n=210), %66,2'si (n=139) bildirimde bulunmama nedenleri olarak aslında aynı aksaklık nedenlerini ifade etmişti (bakınız: Tablo 4.30). İlerleyen dönemlerde bulaşıcı hastalıklar ile ilgili aile hekimlerini kapsayacak çalışma yapılacak araştırmacılara, özellikle bu konuya odaklanmalarını öneriyoruz.

BZBH ile karşılaşan aile hekimleri arasından bildirimde bulunanlar ile bulunmayanlar arasında, toplam başarı puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştı ($p=0,294$). Bu iki gruba da aynı şekilde BZBH ile karşılaşanlar grubunun alt kümeleriydi. Burada farklı bir açıdan bakmak istiyoruz. Eğer anlamlı fark çıksaydı, hekimler bilgi sahibi oldukları için bildirimde bulunmuşlar diyecektik. Şimdi ise bilgi sahibi olmak bildirimde bulunmayı etkilemiyor diyoruz. Çalışmamızda; aile hekimlerinin bilgi düzeyini %60 ile orta, bildirim düzeyini %12,1 çok düşük olarak değerlendirdiğimizi de hesaba katarsak; hekimler bilgi sahibi olmalarına rağmen bildirimde bulunmuyorlar sonucunu çıkarabiliriz. Özetle, aile hekimleri orta düzeyde bilgi sahibi olmalarına rağmen çok düşük düzeyde bildirimde bulunuyorlar.

Araştırmamızda; pratisyen hekimlerin, hizmet içi eğitim almayanları alanlara göre ($p=0,012$), mevzuatı incelemeyenleri inceleyenlere göre ($p=0,003$) istatistiksel olarak anlamlı çoğunlukta bulunduğu tespit edilmişti. Çalışmamıza katılan hekimlerden; bildirim yaptığını beyan edenler ve bildirim yapmadığını beyan edenler gruplarında, aile hekimliği uzmanlarına göre pratisyen hekimler lehine, istatistiksel fark yaratacak çoğunluk olduğu saptanmıştı ($p=0,003$). Bu iki durumdan ilkinin; pratisyen hekimlerin aile hekimliği uzmanlarına göre neden daha düşük bilgi düzeyinde olduğunu açıklamaya yardımcı faktörlerden biridir diye düşünmekteyiz. İkinci durum ise pratisyen hekimlerin bildirim düzeyinin, çalışmamızda saptadığımız bildirim düzeyinin (%12,1) asıl belirleyicisi olduğunu ortaya koymaktadır.

Araştırmamızda; aile hekimlerinden bulaşıcı hastalıklar bildiriminde bulunanların, bildirimde bulunmayanlara göre, günlük ortalama çalışma saati açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark yaratacak ölçüde, az çalıştığını tespit etmiştik ($p=0,016$). Söz konusu bulgu; çalışma ortamında uygun vakit bulabilen aile hekimlerinin, daha sık bildirimde bulunduğu göstergesidir.

Belki de; hekimlerin hak ettiği ölçüde ayarlanmış çalışma saati uygulaması ile hastaların hak ettiği ölçüde ayarlanmış muayene süresi uygulaması birlikteliğinden, daha çok bildirim yapabilme kuvveti doğacaktır.

Çalışmamızdan elde edilen bulgulara göre, aile hekimlerinin BZBZH ve bildirim sistemi konusundaki bildirim düzeyi ile ilişkili bulunmayan faktörler, tanımlayıcı özelliklerden olan; yaş, cinsiyet, günlük ortalama bakılan hasta sayısı, hekimlikte hizmet süreleri, tıp fakültesinde ve hizmet içi eğitim durumu, kendini yeterli görme ile hekimlerin başarı düzeyi olarak görünmekteydi.

Bu çalışmada, tanımlayıcı özelliklerden; unvan durumu, eğitim (mevzuat inceleme) durumu ve günlük ortalama çalışma süresi aile hekimlerinin bildirim düzeyi ile ilişkili bulunmuştu. Öyle ki; unvan bakımından pratisyen hekim olan, bulaşıcı hastalıklar ile ilgili mevzuatı incelemeyen hekimlerin bildirim düzeyinin daha düşük olduğu ve günlük ortalama çalışma süresi az olan hekimlerin bildirim düzeyinin daha yüksek olduğu ortaya konmuştu.

Reijn E. ve arkadaşları, Hollanda'da yaptıkları bir çalışmada; bulaşıcı hastalıkların bildirim düzeyi etkileyen (6 farklı BZBH ile yapılmış), temel faktörlerden olan ulusal e-bildirim sistemini (MHS) ile bildirimde bulunmanın güncel olarak kullanım düzeyini düşük olarak ölçmüşler (hekimler hala, en sık fax yolunu tercih ediyormuş) (66). Wheeler J.G. ve ark. ise İngiltere'de yapılan gastrointestinal (GIS) enfeksiyon etkenleri üzerine bir çalışmada, her yıl hastaların 1/5'inin GIS enfeksiyonu olduğunu ve 1/6'sının aile hekimlerine başvurduğu ayrıca hekimlerin de çoğu vakada etken izole edemediğini ve viral patojenlerin (Rotavirüs vb.) bakteriyel patojenlere (salmonella, campylobacter vb.) göre daha az bildirildiğini saptamışlar (67).

Krause G. ve arkadaşlarınca Almanya'da yapılan araştırmada; bildirim düzeyinde önemli olduğu düşünülmesine rağmen birinci basamak hekimleri, %59,3 ile bildirim konusunda geri bilgilendirme yapılmadıklarını tam tersine %3,7 ile geri bilgilendirmenin önemli olmadığını algıladıklarını gösterirken, Durusoy R. Ve ark. İzmir'de yaptıkları araştırmada; seroloji laboratuvarında saptanan BZBH olgularının aktif sürveyans yapılarak belirlenmesi ve bulaşıcı hastalıklar komitesi aracılığıyla kliniklere geri bildirim yapılması sonucunda 30 kata kadar bildirimlerin arttığını ortaya koymuşlardır (68), (69).

Allen C.J. ve ark. Avustralya’da yaptıkları genel pratisyenlerin bilgi ve bildirim düzeyine ilişkin çalışmalarında, (HAV, Kızamık ve Boğmaca üzerine) %54’lük bir oran ile bildirim yapılmadığını ve bazı hekimlerin bildirim sürecini tam anlamadıklarını, çoğunun uygun olmayan bildirimde bulunduğunu, bir kısmının hasta hekim ilişkisini zedelememek için bildirim laboratuvara bıraktığını ortaya koymuşlar (70). Gauci C. ve ark. ise Malta’da yaptıkları çalışmada; genel pratisyenlerin, bildirimde bulunmanın toplum sağlığı açısından önemini ve hekimlerin bu konudaki rolünün değerini bildiklerini ancak bildirimde bulunmadıklarından ve gıda kaynaklı bulaşıcı hastalıkların (Ek 8’de gösterilmiştir.) fekal oral bulaşan gastroenteritlere göre daha sık olduğunu ve hekimlere buna yönelik eğitim vermenin gerekliliğinden bahsetmişler (71).

Bawa S.B. ve ark. tarafından Nijerya’da yapılan bulaşıcı hastalık bildirimleri konusunda bilgi, tutum ve davranışlar üzerine olan çalışmalarında; bilgi eksikliğinin bildirimde bulunmada en büyük engel olduğunu ve uygulama eksikliğinin bildirim farkındalığı açısından engel oluşturduğunu (Katılımcıların %85,5’inin görüşü) saptamışlar (72). Nader F. Ve arkadaşlarının İran’da yaptığı bildirim zorunlu hastalıklarla ilgili çalışmalarında; hekimlerin %88’i daha önce hiç bildirimde bulunmadıklarını, bildirimde bulunma deneyiminin bilgi düzeyi ile ilişkisi bulunmadığını, bildirimde bulunmada temel engeller olarak; bildirim yapmak için fazladan zamana ihtiyaç duymaları ve bilgi eksikliğini işaret ettiklerini ortaya koymuşlar (73).

Tüm dünyadan örnek çalışmalarla bulaşıcı hastalıkların sadece ülkemizin değil tüm insanlığın ortak meselesi olduğunu göstermek istedik. Bulaşıcı hastalıklarla mücadelede, aile hekimlerinden hastalara, aile sağlığı merkezlerinden toplum sağlığı merkezlerine, birinci basamaktan laboratuvarlara, şehirlerden ülkelere, kısaca sistemin birlikte hareket eden tüm parçalarına sorumluluk düşmektedir. İnsanca yaşama çağrısına, istinasız tüm parçalar eşit derecede yanıt vermeli ve mücadeleye zaman kazandırmalıdır. Hayatın, kısacık mutlu anlarımız için mücadeleyle geçen upuzun bir ömür demek olduğu gibi bulaşıcı hastalıklar konusunda da mutlu olabilmemiz; sonuna kadar mücadeleyle, birlikte ve yorulsa bile çalışmakla sağlanabilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışmada; Ankara ili merkezinde seçilen ASM'lerde görev yapan aile hekimlerinin, BZBH ve bildirim sistemi (sürveyans) ile ilgili bilgi düzeylerini ve davranışlarını (bildirim düzeylerini) ortaya koymak ve de artırmak hedeflendi.

Aile hekimliği uzmanı ve pratisyen hekimlere yapmış olduğumuz anket çalışması sonucunda; hekimlerin, BZBH ve bildirim sistemi konusunda yetersiz (orta düzeyde) bilgi sahibi olduğunu ve çok düşük düzeyde bildirimde bulunduğunu gördük.

Çalışmamızda elde edilen bulgular; cinsiyet, hekimlikte hizmet süreleri, günlük ortalama çalışma süresi, bildirimde aksaklık yaşama durumu ve bildirim düzeyinin, hekimlerin BZBH ve bildirim sistemi konusunda bilgi düzeyinde etkili olmadığını göstermiştir.

Bu araştırmada; yaş grupları, günlük ortalama bakılan hasta sayısı, kendini yeterli görme durumu, BZBH ile karşılaşma durumu ve bulaşıcı hastalıklar eğitimi alma isteği, bilgi düzeyi ile ilişkili bulunmuştur.

Ayrıca unvan bakımından aile hekimliği uzmanı olan, bulaşıcı hastalıklar ile ilgilenen ve eğitimini alan hekimlerde bilgi düzeyinin yüksek bulunması, her aşamada eğitim görmenin bulaşıcı hastalıklar ile mücadelede temel unsur olduğunu işaret etmektedir.

Araştırmamızda elde edilen bulgulara göre; yaş, cinsiyet, günlük ortalama bakılan hasta sayısı, hekimlikte hizmet süreleri, tıp fakültesinde eğitim ve hizmet içi eğitim durumu, kendini yeterli görme durumu ve başarı düzeyi ile bildirim düzeyi arasında ilişkili bulunmamıştır.

Unvan bakımından pratisyen hekim olan, bulaşıcı hastalıklar ile ilgili mevzuatı incelemeyen hekimlerin bildirim düzeyinin daha düşük olduğu ve günlük ortalama çalışma süresi az olan hekimlerin bildirim düzeyinin daha yüksek olduğu ortaya konmuştur.

Hekimlerin bildirim yaparken aksaklık yaşama nedenleri ile BZBH ile karşılaştıklarında aynı sıklıkta bildirimde bulunmama nedenleri birbiriyle uyumlu bulunmuştur. Bildirim düzeyinin bilgi düzeyi ile ilişkili çıkmadığı çalışmamızda; söz konusu nedenlerin, bildirim düzeyinin çok düşük çıkmasında doğrudan pay sahibi olduğu saptanmıştır.

6.2. Öneriler

Araştırmamızdan elde edilen sonuçlar, oluşan saha deneyimimiz ve aile hekimlerince yapılan paylaşımlar doğrultusunda geliştirilen öneriler:

Tıp fakültesinden mezun olan hekimlerin önemli bir kısmı birinci basamak sağlık hizmetlerini yürütülmesinde görev almaktadır. Bu nedenle öncelikle, hekimlerin mezuniyet öncesinde, birinci basamakta sunulacak hizmetlere yönelik olarak yetiştirilmesi esastır.

Hekimler yıllar içerisinde deneyim ile bilgi kazanmakla birlikte, tıp fakültesindeki eğitimleri unutabilmektedir. Bu yüzden, mezuniyet sonrası eğitimlerin yapılması, sık tekrarlanması ve bu eğitimlerin en iyi şekilde aktarılabilmesi için konunun uzmanları tarafından verilmesi gerekmektedir.

Hekimlerin işe giriş uyum eğitimi konuları içinde ve hizmet içi alınan eğitimlerde, BZBH'nin öncelikli konular arasında yer alması sağlanmalıdır. Hatta birinci basamakta çalışan hekimlere, bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar konusunda sertifikasyon eğitimleri verilebilir (TRK, ÇİLYAD gibi).

Her konuda olduğu gibi bulaşıcı hastalıklar konusunda da hekimlerin kendilerini geliştirmekten hiçbir zaman vazgeçmemeleri, araştırmaları ve güncel yayınları takip etmeleri önemlidir.

Hekimlerin bulaşıcı hastalık kontrolünde duyarlılıklarının arttırılması, BZBH'nin hangisinin birinci basamaktan bildirilmesi, hangisinin üst merkeze sevk edilmesi bilgisine sahip olması sağlanmalıdır.

Sürveyans sistemindeki ilgili sektörler arası bilgi paylaşımı hastalığın yayılımının engellenmesi ve toplumsal zararın en aza indirilmesi açısından çok

önemlidir. Üniversite, ilgili dal hastaneleri ve laboratuvarlar ile aile sağlığı merkezleri arasında doğrudan (aracısız) işbirliği geliştirilmesi yararlı olacaktır.

Ülkemizde bağışıklama konusunda çok somut adımlar atılmış ve sonucunda %100'e varan bir başarı elde edilmiştir. Aynı sistematik ve kararlı yaklaşım bulaşıcı hastalıklar konusunda da gösterilmelidir (- ve + performans).

Bulaşıcı hastalıkların sorumluluğu sadece aile hekiminin üzerinde olmamalıdır. Hastalar da, hazırlanacak mevzuatta gösterilecek şekilde bildirimden ve filyasyondan sorumlu tutulmalıdırlar.

Toplum sağlığı merkezi bünyesinde kurulacak bulaşıcı hastalıklar mücadele masasının; konusunda eğitilmiş hekim, sağlık memuru, çevre sağlık teknisyeni-mühendisi ve saha işçilerinden oluşan, 7/24 vakaya çıkabilecek ekipleri koordine edip hazır tutması gerekmektedir (UMKE, 112 Acil yapısında)

Hekimlerin haklarını ve sorumluluklarını ele alan derli toplu bir yasal düzenlemenin gerekliliği hem bulaşıcı hastalıklarla mücadelede hem de diğer koruyucu sağlık hizmetlerini iyileştirmede önemlidir.

Aile hekimlerine yüklenen sorumluluklarının ve iş gücünün de artıyor olması; aile hekimlerinin görev, hak ve sorumlulukları ile ilgili kapsamlı bir eğitimin de verilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Aile hekimlerinin birinci basamak sisteminin sadece bir parçası olan BZBH ve sürveyansa gerçekten katkıda bulunmaları, daha fazla vakit ayırıp emek verebilmeleri için haklarının sıkı sıkıya korunması ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi gerekmektedir.

Bildirim formları uygun ölçüde sadeleştirilmeli ve evrenselleştirilmeli (ideal tek bir form), kullanılan bilgisayar programı yeniden düzenlenmeli hekimlerin hasta baktığı sürece engel teşkil etmeyecek serilikte olmalıdır.

Kaynakların yönetilmesi noktasında önemli bir rolü üstlenen aile hekimlerinin bulaşıcı hastalığı yerinde tespit edip zamanında bildirmesi, maliyet etkin bir yaklaşım olacaktır.

Literatürde, ülkemiz de dâhil olmak üzere tüm dünyada bulaşıcı hastalıklar konusunda hekimlerin bilgi ve bildirim düzeyini ortaya koyacak çok fazla çalışma yer almamaktadır. Durumun önemi daha fazla çalışma ile ortaya konmalı ve yapıcı adımlar atılmaya bir an önce başlanmalıdır

ÖZET

Ankara İli Merkezinde Görev Yapan Aile Hekimlerinin, Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar ve Bildirim Sistemi Hakkındaki Bilgi Düzeyi ve Davranışları

Amaç: Bu çalışmanın amacı; Ankara ili merkez ilçelerinde görev yapmakta olan aile hekimliği uzmanı ve pratisyen hekimlerin, bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar (BZBH) ve bildirim sistemi konusunda bilgi düzeylerini ve davranışlarını ortaya koymaktır. Bunun yanında tanımlayıcı özelliklerin, konu ile ilgili eğitim alma, BZBH ile karşılaşma, bildirimde aksaklık yaşama, bildirimde bulunma durumlarının sorulara verilen yanıtları nasıl etkilediğinin saptanması hedeflenmektedir.

Gereç ve Yöntem: Hekimlerin bilgi düzeyi oranı bilinmediğinden örneklem büyüklüğü hesabı için; Yenimahalle ilçesine bağlı Batıkent semti pilot bölge olarak seçilmiştir. Gönüllülük esasına dayalı, rastgele yöntemle belirlenen, Ankara ili merkezindeki Aile Sağlığı Merkezleri'nde çalışan 326 hekim ile yüz yüze görüşüldü. 4 tanesi genel bilgiler ile mevzuat bilgisini, 3 tanesi BZBH gruplarını, 3 tanesi grup A BZBH'yi, 2 tanesi grup B BZBH'yi, 3 tanesi grup C BZBH'yi, 2 tanesi grup D bildirimi zorunlu Enfeksiyon Etkenlerini ve 3 tanesi bildirim sistemi ile formlarını sorgulayan, toplamda 20 bilgi sorusu içeren, güncel mevzuata ve literatür taramasına göre hazırlanmış toplam 40 soruluk anket formu kullanıldı. Elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde SPSS 11,5 paket programı kullanıldı. Bilgi sorularının ve bildirim düzeyinin ayrı ayrı kişisel ve demografik bilgilerle karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. Doğru yanıtlardan elde edilen toplam puanların, demografik ve kişisel durumlarda farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri $p < 0.05$ kabul edildi.

Bulgular: Hekimlerin yaş ortalaması $42,75 \pm 8,92$, ortanca değeri 45,00 (26-58) olarak saptanmıştır. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde ise hekimlerin %42,9'u erkek ($n=140$) ve % 57,1'si kadın ($n=186$)'dır. Katılımcıların %17,5'i ($n=57$) aile hekimliği uzmanı ve %82,5'i ($n=269$) pratisyen hekim olarak görev yaptığı ve meslekteki toplam sürelerine bakıldığında, ortanca değer 21,00 (3-36), aktif hizmet sürelerinde ise ortanca değer 20,00 (2-36) olarak

bulunmuştur. Hekimlerin günlük çalışma sürelerine bakıldığında ortalama değer 8,00 (6-9) saat ve bakılan hasta sayısının ortalama değeri 50 (20-120) olduğu saptanmıştır. Toplam 20 adet bilgi sorusundaki toplam başarı puanı ortalaması $59,80 \pm 14,32$, ortancası 60 (26-92) bulunmuştur. Aile hekimliği uzmanlarının toplam başarı puanına dair ortalama değer; 72,00 (48-92) iken pratisyen hekimlerin toplam başarı puanına dair ortalama değeri; 56,00 (26-90) olarak saptanmış, iki grup arasında, AHU lehine istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,001$). Hekimlerin bildirim düzeyi, %12,1 olarak bulunmuştur.

Yaş grupları, günlük ortalama bakılan hasta sayısı, kendini yeterli görme durumu, BZBH ile karşılaşma durumu ve BZBH eğitimi alma isteği, bilgi düzeyi ile ilişkili bulunmuştur. Aile hekimliği uzmanı olan, bulaşıcı hastalıklar ile ilgilenen ve eğitimini alan hekimlerde bilgi düzeyi yüksek bulunmuştur. Diğer faktörlerin bilgi düzeyi ile ilişkisi bulunmamıştır. Ayrıca pratisyen hekimlerin, bulaşıcı hastalıklar ile ilgili mevzuatı incelemeyenlerin bildirim düzeyinin daha düşük ve günlük ortalama çalışma süresi az olan hekimlerin bildirim düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer faktörlerin bildirim düzeyi ile ilişkisi saptanmamıştır. Hekimlerin bildirim yaparken aksaklık yaşama nedenleri ile BZBH bildiriminde bulunmama nedenleri birbiriyle uyumlu bulunmuştur.

Sonuç: Bulaşıcı hastalıkların; bireye, topluma ve insanlığa çok derin izler bırakabilecek olan potansiyeli, bu hastalık grubunu sürekli kontrol altında tutmamızı gerektirmektedir. Bu yüzden; BZBH ile mücadelede ilk savunma hattımız olan birinci basamak hekimlerine, gerek tıp fakültesi eğitimi boyunca gerekse asistanlık süresince veya meslek içi eğitimlerde BZBH ve bildirim sistemi ile ilgili kapsamlı bir eğitimin verilmesi hayati öneme sahiptir. Yapmış olduğumuz anket çalışması sonucunda; hekimlerin, BZBH ve bildirim sistemi konusunda yetersiz (orta düzeyde) bilgi sahibi olduğunu ve çok düşük düzeyde bildirimde bulunduğunu gördük. Durumun ciddiyeti açısından, daha fazla çalışma ile bilgi ve bildirim düzeyleri ortaya konmalı, bildirime engel olan sorunlar saptanarak, bir an önce ortadan kaldırılmaya başlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar, Ankara, Aile Hekimleri, Aile Sağlığı Merkezleri, Bilgi ve Bildirim Düzeyi.

SUMMARY

Family Physicians', Working In The Central Ankara, Knowledge Level And Behaviour About Notifiable Infectious Diseases and Surveillance

Objective: The aim of this study is to investigate knowledge level and behaviours of family medicine (FM) specialists and general practitioners (GP), working in central districts of Ankara, regarding to notifiable infectious diseases and notification system. In addition, it is also aimed to determine how the answers were influenced by sociodemographic factors and the status of education about infectious diseases, encounter notifiable infectious disease (NID), confront a problem at notification, make a notice.

Materials and Methods: Due to the rate of physicians' knowledge level haven't been known, in order to calculate the sample size; Batikent neighborhood depending on the Yenimahalle district was chosen as the pilot area. Subject to on a voluntary basis, 326 physicians, working at Family Health Centers located in Ankara city center, were interviewed face to face by determined randomly. We used a 40 item questionnaire that was prepared in accordance current legislation and literature searches containing a total of 20 knowledge questions which 4 of them general information and legislation information, 3 of them NID groups, 3 of them group A NID, 2 of them in group B NID, 3 of which group C NID, 2 of them in group D Notifiable Infection Agents and 3 of them notification system and forms. The collected data were analyzed by using SPSS software (Version 11.5). Chi-square test was used in order to compare knowledge based questions and notification level with sociodemographic factors. Mann Whitney U test was used for assessing whether total score that obtained from the number of correct answers differs with sociodemographic factors or not. A value of $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results: Physicians' mean age was $42,75 \pm 8,92$, medium was 45,00 (26-58). When the physicians were analyzed by gender, 42,9% of them were male ($n=140$) and 57,1% of them were female ($n=186$). 17,5 percent of participants were FM specialists ($n=57$) and 82,5% of them were GPs ($n=269$)

and the total time of them in the profession the medium was 21.00 (3-36), while in active service the medium was 20.00 (2-36). When the physicians' working hours in a day have been looked, the medium was determined as 8.00 (6-9) and number of patients that viewed daily, the medium was 50 (20-120). Total mean score for correct responses in 20 knowledge based questions was $59,80 \pm 14,32$, the medium was 60 (26-92). FM Specialists' medium of total score was 72,00 (48-92), GP's medium of total score was 56,00 (26-90) and there was a statistically significant difference between two groups, in favor of the FM Specialists ($p < 0,001$). Physicians' notification level was found as 12,1%.

The patients that viewed daily, status of feeling themselves ineligible about NID, status of encounter NID, claim of education about infectious diseases were found to be associated with knowledge level. Physicians that was a FM Specialist, were interested in infectious diseases and received education about NID, higher knowledge level was found. There was no relation between knowledge level and other factors. In addition, GPs and physicians that didn't investigate of legislation related infectious diseases, was lower notification level and physicians who was working short time in a day, have higher notification level. There was no relation between notification level and other factors. Physicians' reasons that confronted a problem at notification and didn't make a notice about NID, were found compatible with each other.

Conclusion: Infectious diseases' potential of brand to individual, to society and to humanity, requires us to keep group of this disease under control constantly. Therefore, comprehensive education about NID and notification system at residency or via in-service trainings have been of vital importance to primary care physicians, our first line of defense in the fight against infectious disease. As a result of our survey, we determined that physicians have insufficient knowledge and notification levels about NID and notification system. The seriousness of the situation, levels should be investigated by further studies, the problems that hinder the notification should be determined and be initiated to eliminate as soon as possible.

Key Words: Notifiable Infectious Diseases, Ankara, Family Physicians, Family Health Centers, Knowledge and Notification Level.

KAYNAKLAR

1. The European Definition of General Practice / Family Medicine. WONCA EUROPE 2011 Edition. s 8-9. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 30 Nisan2016.] <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%0 tree.pdf>.
2. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, Resmi Gazete. Sayı: 28539, 25 Ocak 2013 Cuma.
3. McWhinney IR, Freeman T. Çev. Ed.; Güldal D. *Aile Hekimliği. Türkçe 1. Baskı*. İstanbul: Medikal Akademi Yayıncılık, 2012: 193-216.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. *Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi. Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberi*. Ankara: 2004.
5. Yöndemli F. *Latince Sözcük ve Deyimler, Fiat Lux-Işık Olsun, Türkçe Okunuş ve Karşılıkları*. İstanbul: NKM Yabancı Dil Dizisi, 3/2007.
6. Owusu-Edusei K, Chesson HW, Gift TL, Brunham RC, Bolan G. Cost - effectiveness of Chlamydia Vaccination Programs for Young Women. *Emerging Infectious Diseases*. 2015; 6 (21-6).
7. Steens A, Eriksen H-M, Blystad H. What are the most important infectious diseases among those ≥ 65 years: a comprehensive analysis on notifiable diseases, Norway, 1993–2011. *BMC Infectious Diseases*, 2014; (14-57).
8. Türkiye’de Bulaşıcı Hastalıklar Bildirim Sistemi Surveillance System of Communicable Diseases in Turkey, Derleme. *Türk Hij Den Biyol Derg*. 2005; 62 (1-3): 73-76.
9. Bulaşıcı hastalık bildirimleri Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Genelgesi (22.10.2004 016261 sayı 2004-129 no’lu genelge).
10. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sayı : B100TSH0110001 Konu : Bulaşıcı Hastalıkların Bildirimi Sistemi Yönergesi 24.02.2004/1534.

11. El Kanun fi't-Tıp. [Çevrimiçi] [Alıntı Tarihi: 30 nisan 2016.] https://tr.wikipedia.org/wiki/El-Kanun_fi%27t-T%C4%B1b.
12. "medicine" maddesinden, Merriam-Webster's Collegiate Dictionary, Electronic Edition, Versiyon 1.2, copyright 1994-96, Merriam-Webster Inc.
13. Young A. Internalizing and Externalizing Medical Beliefs Systems: An Ethiopian Example.. *Social Science and Medicine*. 1976; 10: 147-15.
14. Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi. Hekimlik Andı, Dünya Tabipleri Birliği Cenevre Bildirgesi, 2006. [Çevrimiçi] 7 Temmuz 2014. [Alıntı Tarihi: 30 Nisan 2016.] <http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/cenevre-4653.html>.
15. ARDA,B. *Tıp Etiği Eğitimi-Çağdaş Tıp Etiği*. Nobel Tıp Kitabevleri, 2003: 17-26.
16. Özaydın Z. *Bir hasta olarak özerklik ve aydınlatılmış onam*. Medikal Etik, 1999, Haziran: 39-52.
17. Çağlayaner H, Saatçi E. Bir mesleğin gelişimi: Genel tababet-uzmanlık-aile hekimliği. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2008; 12(2): 95-103.
18. Ankara Sağlık Müdürlüğü. *Aile Hekimliği Kitabı. Aile Hekimliği Uygulaması Nedir?*[Çevrimiçi]<http://www.asm.gov.tr/UploadGenelDosyalar/Dosyalar/myadd/ankaraSaglikMudurluguAileHekKitab%C4%B1.doc>. (Erişim tarihi: 30 Nisan 2016).
19. McWhinney IR, Freeman T. *Textbook of Family Medicine Third Edition*. New York: Oxford University Press, 2009: 13-30.
20. *The European definition of General Practice/FamilyMedicine*. WONCA Europe. Barcelona: WONCA Europe Office Publication; 2002: 4-6, 7-43.
21. McWhinney IR. *The origins and principles of family medicine. A Textbook of Family Medicine*. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1997: 3-28.
22. Barnett BL. From cradle to rocker: Providing care across the human life cycle. In: Sloane PD, Slatt LM, Ebell MH, Jacques LB, eds. *Essentials of Family Medicine*. 4th ed. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins Publications, 2002: 3-17.

23. Ünlüoğlu İ. Aile hekimliğinin tarihçesi ve gelişimi. In: Ünlüoğlu İ, Yıldırım Kaptanoğlu A, Özer C, editors. *Aile sağlığı yönetimi*. İstanbul: TAHEV Yayınları, 2012: 1-8.
24. Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2007; 27: 412-418.
25. Gay Bernard. *What are the basic principles to define general practice*. Presentation to Inaugural Meeting of European Society of General Practice / Family Medicine. Strasbourg: 1995.
26. WONCA AVRUPA 2005 Basımı Türkçe Çevirisi. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları, 4. Nisan 2011.
27. Aydın S. *Aile Hekimliği Türkiye Modeli*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını, 2004: 51-7.
28. Taylor RB. Current issues and future practice. In: Taylor RB, David AK, Johnson TA, Phillips DM, Scherger JE, eds. *Family Medicine. Principles and Practice*. 5th ed. New York: Springer-Verlag Pres, 1998: 1-6.
29. Çağlayaner H. *Temel kavramlar ve tarihsel perspektif. Aile Hekimliği*. 1. Baskı. İstanbul: İletişim Yayınları, 1995: 17-20.
30. Rakel RE. The Family Physician. Grimm KJ, Diebold MM. The periodic health examination. Kelly RB, Falvo DR. Patient Education. The problem oriented medical record. In: Rakel RE, ed. *Textbook of Family Practice*. 6th ed. Philadelphia: WB Saunders, 159-209, 253-61, 1587-602.
31. Aksakoğlu G. *Bulaşıcı hastalıkla savaşım. Üçüncü yazım*. İzmir: DEÜ Rektörlük.
32. Tatar M, Kanavos P. *Health Care Reform in Turkey*. *Eurohealth* 2006: 12(1): 20-2.
33. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. *Aile Hekimliği Uygulamasının Amacı Nedir?* [Çevrimiçi] <http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimliginin-tanm/153-aile-hekimlii-uygulamasnn-amac-nedir-.html>. (Erişim tarihi: 30 Nisan 2016).
34. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. *Toplum Sağlığı Merkezleri*. [Çevrimiçi] <http://ailehekimligi.gov.tr/toplum-sal-merkezi.html>. (Erişim tarihi: 30 Nisan 2016).

35. Kök AN. *Türk Ceza Adalet Sisteminde Hekimlik Uygulamaları ile ilgili Maddelerin Tıbbî Etik Açısından Değerlendirilmesi*. Sağlık Hukuku Sempozyumu. Erzincan: 15-16 Mayıs 2006: ve Ankara: 2007: 82-83.
36. Ayan, M. *Tıbbi müdahalelerden doğan hukuki sorumluluk*. Ankara: Kazancı Kitap Ticaret A.Ş., 1991: 45–181.
37. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü. *Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi. Bulaşıcı Hastalıklar ve Korunma Modülleri*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın Numarası: 722, 2008.
38. Nikiforuk A. *The Fourth Horseman. Mahşerin Dördüncü Atlısı. Salgın ve Bulaşıcı Hastalıklar Tarihi. 6. baskı*. Çev: Erkanlı S. İletişim yayınları, Nisan 2016.
39. World Health Organization. Geneva. Definition of Health. [Çevrimiçi] <http://www.who.int/about/definition/en/>. (Erişim tarihi: 30 Nisan 2016).
40. T.C. Sağlık Bakanlığı. *Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması*. Sağlık Bakanlığı Yayın Numarası: 450.
41. Aksakoğlu G. *Bulaşıcı Hastalıklarla Savaş İlkeleri*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No:3, 1983:16.
42. Akın L, Güler Ç. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006: 866-75.
43. Akın L, Bertan M. *Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü, Halk Sağlığı Temel Bilgiler* (Editör: Bertan M, Güler Ç. Ankara: Güneş Kitabevi, 1997.
44. Tekeli E, Çevik MA, Karakoç E. *İnfeksiyon Hastalıkları El Kitabı- Handbook Of Infectious Diseases* (çeviri). Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi, 2003.
45. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlık Kurumu. *Halk Sağlığı Sürveyansı Araç Kiti: Yoğun Çalışan Görev Yöneticileri İçin Bir Rehber*. Ankara : Başak Matbaacılık, 2008.
46. 30 Mayıs 2007 ÇARŞAMBA Resmî Gazete Sayı : 26537 Sağlık Bakanlığından: Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği.

47. Bulaşıcı Hastalıklar Bildirim Sistemi. İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi Uzm. Dr. Eşe Esen Özakbaş. *Sürveyans. Sağlık Olaylarını Nedenliyoruz?* pptsunumu.(çevrimiçi)<http://documents.tips/documents/bulasici-hastaliklar-bildirim-s>.
48. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi. Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberi. Ankara: 2005.
49. Ankara, Yenimahalle Toplum Sağlığı Merkezi. Bulaşıcı Hastalıklar Kontrol Programları Şubesi. *Temel Sağlık İstatistikleri Modülü Verileri*. Ankara: 2016.
50. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. *Biyoistatistik*. Ankara: Somgür Yayıncılık, 2003.
51. Eren N. *Sağlık Yönetimi Mevzuatı*. İstanbul: Beta Yayınları, 1984:270-2.
52. Tozun M, Culhaci A, Unsal A. The Job Satisfaction of Physicians That Working in Primary Health Care Institutions in Family Medicine System, Eskişehir. *TAF Prev Med Bull*. 2008; 7(5): 377-384. Turkish.
53. Biten H, Koç M, Özçelik D. Birinci basamakta göz hastalıklarına yaklaşım ile ilgili aile hekimliği asistanlarının yeterliliklerinin değerlendirilmesi. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*. 2015; 6(4): 369-374.
54. Çeçem KB, Üstü Y, Uğurlu M. Fransa'da Aile Hekimliği Uygulaması ve Eğitimi:Türkiye Modelinin İncelenmesi.*AnkaraMed J*.2015;15(3):153-60.
55. Korkmaz M, Uysal C, Durmaz U, Ezin Ö, Deveci Ö, İpek D, Palanci Y, Akpolat N. Bir Üniversite Hastanesi'nde bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık bildirimleri ile ilgili hekimlerin bilgi düzeyleri. *Dicle Tıp Dergisi*. 2015; 42 (4): 427-431.
56. Doyle TJ, Glynn MK, Groseclose SL. Completeness of notifiable infectious disease reporting in the United States: An analytical literature review. *Am J Epidemiol*. 2002; 155: 866-874.
57. Durusoy R, Karababa AO. Sağlık Bakanlığı eğitim hastaneleri bulaşıcı hastalıkları daha yüksek oranda bildiriyor. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*. 2010; 67: 1-12.

58. Şahin TK, Kara F. *Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıkların Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nden bildirim durumu*. VI. Ulusal Halk Sağlığı Günleri: Türkiye'de 2000'e Doğru Bulaşıcı Hastalıklar Sorunu. Malatya: 1999.
59. Durusoy Onmuş R. İzmir ilinde serolojik olarak tanısı konabilen bazı bulaşıcı hastalıklarda laboratuvar tanıların sürveyansa katkısı. *Uzmanlık Tezi*. Ege Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. İzmir: 2004.
60. İbrheem İE, Uçku R. Bir üniversite hastanesi bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık bildirimlerinin değerlendirilmesi (2005-2008). *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2012; 26 (1): 1-7.
61. Erman B. *Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu*. Ankara: Seçkin Yayınları, 2003.
62. Çetin G, Kaya A (19 yazar katılımıyla). İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi No: 78. *Hekimlik Uygulamalarının Adli Tıbbi Güncellemesi. Birinci Basım*. 2012.
63. Ü. Deniz Keskinler. Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü Kayıtlarında Yer Alan Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıkların Değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2003; 10 (2): 77-81.
64. Üner S, Özvarış PB, Turan S, Ariöz U, Orhan Odabaşı O, Elçin M, Sayek İ. Ankara'da Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekimlerin Sunulan Hizmetlere İlişkin Öz Değerlendirmeleri. *STED*. 2005; 14; (7): 143-156.
65. Derhem B. Hekimlerin Mevzuata Göre Sahip Oldukları Haklar Ve Cezai Sorumlulukları Konusunda Bilgi Düzeyi Ve Davranışları. Tıpta *Uzmanlık Tezi*. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D. Ankara: 2016.
66. Reijn E1, Swaan CM, Kretzschmar ME, van Steenbergen JE. Analysis of timeliness of infectious disease reporting in the Netherlands. *BMC Public Health*. 2011 May 30; 11: 409. doi: 10.1186/1471-2458-11-409.
67. Wheeler, J. G., Sethi, D., Cowden, J. M., Wall, P. G., ... & Roderick, P. J. Study of infectious intestinal disease in England: rates in the community, presenting to general practice, and reported to national surveillance. *Bmj*. 318 (7190); 1046-1050.

68. Krause G, Ropers G, Stark K. Notifiable disease surveillance and practicing physicians. *Emerg Infect Dis*. 2005; 11: 442-445.
69. Durusoy R, Kantar M. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde bulaşıcı hastalık bildirimlerini geliştirmek için laboratuvar tanılarının kullanımı ve bulaşıcı hastalıklar bildirim komitesinin rolü. *Ege Tıp Dergisi*. 2009; 48 (2); 109-118.
70. Ilen CJ, Ferson MJ. Notification of infectious diseases by general practitioners: a quantitative and qualitative study. *Med J Aust*. 2000 Apr 3; 172(7): 325-8.
71. Gauci C, Gilles H, O'Brien S, Mamo J, Calleja N. General practitioners' role in the notification of communicable diseases – study in Malta. *Euro Surveill*. 2007; 12(11): pii=745.
72. Bawa SB1, Olumide EA, Umar US. The knowledge, attitude and practices of the reporting of notifiable diseases among health workers in Yobe State, Nigeria. *Afr J Med Med Sci*. 2003 Mar; 32(1): 49-53.
73. Nader F, Askarian M. How do Iranian physicians report notifiable diseases? The first report from Iran. *Am J Infect Control*. 2009 Aug; 37(6): 500-4. doi: 10.1016/j.ajic.2008.09.014. Epub 2009 Jan 31.
74. Vaughan J.P., Morrow R.H. (Ed). *Bölge Sağlık Yönetiminde Epidemiyoloji El Kitabı*. Ankara: HÜTF Halk Sağlığı AD.
75. Eren N, Öztekin Z. (Ed.). *Sağlık Ocağı Yönetimi*, 2. Basım. Ankara: 1985.
76. Sümbüllüoğlu V. *Sağlık Kayıtları ve Veri Toplama Formları Doldurma ve Denetleme Kılavuzu*. Ankara: SES Eğitim Dizisi No:4, 1995.
77. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı. *İstatiksel Veriler*, 31 Mart 2016. [Çevrimiçi] <http://www.thsk.gov.tr/component/k2/bulasici-hastaliklar-daire-baskanligi-istatiksel-veriler.html>.
78. Lafond EL, Dalhtu İ, Shinde V, Ekanem EE, Ahmed S, Peebles P, Kudumu M, Bynum M, Salami K, Okeibunor J, Schwingl P, Mounts A, Nasidi A, Gross D. Notifiable diseases reporting among public sector physicians in Nigeria. *BMC Health Services Research*. 2014: 568.

79. Ludwig MS, Hautmann W, Wildner M. Surveillance of notifiable diseases in Bavaria-resuts in 2002. *Gesundheitswesen*. 2004 Feb; 66 (1) :13-20. German.
80. Summary of Notifiable Diseases-United States, 2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*. Weekly June 1, 2012; 59(53): 1-111.
81. Anker M, Schaaf D. *WHO Report on Global Surveillance of Epidemic-prone Infectious Diseases* (pdf). WHO. ss. 11. (2000-01-07).
82. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. *Kuduz Korunma ve Kontrol Yönergesi*. Ankara: 2001.
83. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Zoonotik Hastalıklar Daire Başkanlığı. *Tularemi Hastalığının Kontrolü İçin Saha Rehberi*. Ankara: Şubat 2011.
84. T.C. Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şube Müdürlüğü. *Hayvanlardan İnsanlara Bulaşan Hastalıklar (Zoonozlar) ve Korunma Yolları*. Ankara 2015. www.asm.gov.tr.
85. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Zoonotik Hastalıklar Daire Başkanlığı. *Zoonotik Hastalıklar Hizmetiçi Eğitim Modülü*. Ankara: 2011.
86. Toy E.C. Çev. Ed. Ak M. *Olgu Dosyaları Aile Hekimliği. Türkçe 1. Baskı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, Eylül 2013.

Not: Mustafa Kemal Atatürk'ün resmi, "<http://i2.wp.com/psisik.org/wp-content/uploads/2013/11/En-Guzel-Ataturk-Resimler.jpg?w=1024>" adresinden, Dr. Ian McWhinney'in resmi ise "<http://cdnmedhall.org/inductees/dr-ian-mcwhinney>" adresinden alınmıştır.

EKLER

Ek 1. Halk Sağlığı Kurumu Etik Kurul Onayı

Ek 2. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Onayı

Ek 3. Anket Bilgilendirme Metni

Ek 4. Anket

Ek 5. Anket Cevap Anahtarı

Ek 6. Bulaşıcı Hastalıklar İhbar ve Bildirim Sistemi Yönergesi

Ek 7. Bulaşıcı Hastalıklar Bildirim Sistemi Sınıflandırma Tablosu

Ek 8. Konu Başlıklarına Göre Bildirime Esas Bulaşıcı Hastalıklar Listesi

Ek 1. Halk Sağlığı Kurumu Etik Kurul Onayı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU - THSK AİLE
HEKİMLİĞİ EĞİTİM VE GELİŞTİRME DAİRE
BAŞKANLIĞI
09/10/2013 16:46 / 67350377 / 770 / 544



Sayı : 67350377/770
Konu : Araştırma İzin Talebi
(Yrd.Doç.Dr.A.Gülşen CEYHUN
PEKER)

ANKARA VALİLİĞİNE
(Halk Sağlığı Müdürlüğü)

Ankara Üniversitesi Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Ayşe Gülşen CEYHUN PEKER sorumluluğunda yapılması planlanan “Ankara İli Merkezinde Görev Yapan Aile Hekimlerinin, Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar ve Bildirim Sistemi Hakkındaki Bilgi Düzeyi ve Davranışları” konulu araştırma için Kurumumuzun görüşünün istendiği anlaşılmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda, bu merkezde çalışan personelden gönüllü olduklarına dair belge alınması, aile sağlığı Merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi ve aile hekimlerinin onayı çerçevesinde mesai saatleri ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir.

Bununla birlikte, söz konusu çalışmaya ilişkin Kurumumuz tarafından yapılan değerlendirme sonucunda ekte bulunan hususların düzeltilmesi kararına varılmıştır.

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Kurumumuza gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Alev YÜCEL Bakan
a.
Kurum Başkan Yardımcısı

Ek: 1 Adet Yazı

Prof.Dr.Nusret Fişek Cad. No:4 N Blok

G.SARIÇOBAN Tel:0312 565 59 44 e-posta gokcen.saricoban1@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden dcba0ef3-8364-4be4-b24f-132f3b5908ac kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Not: “Ek: 1 Adet Yazı” ile belirtilen bölümdeki hususlar düzeltilerek, anket soruları Kurumun talebi doğrultusunda değiştirilmiştir.

Ek 2. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Onayı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ankara İli Merkezinde Seçilen Aile Sağlığı Merkezlerinde Görev Yapan Aile Hekimlerinin, Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar Hakkındaki Bilgi düzeyleri ve Farkındalıkları
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Morfoloji Binası 06100 Sıhhiye/ANKARA
	TELEFON	0312 595 82 27
	FAKS	0312 310 63 70
	E-POSTA	etik@medicine.ankara.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd.Doç.Dr.A.Gülşen Ceyhun PEKER			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
		İlaç dışı klinik araştırma	☐		
	Diğer ise belirtiniz: Tanımlayıcı, Kesitsel Araştırma				
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☒	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr.Mehmet MELLİ
İmza:

17 Haziran 2015

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
ASLI GİBİDİR

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Ankara İli Merkezinde Seçilen Aile Sağlığı Merkezlerinde Görev Yapan Aile Hekimlerinin, Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar Hakkındaki Bilgi düzeyleri ve Farkındalıkları					
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU							
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐ Diğer ☐		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐ Diğer ☐		
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐ Diğer ☐		
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐ Diğer ☐		
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SIGORTA	☐					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐					
	İLAN	☐					
	YILLIK BİLDİRİM	☐					
	SONUÇ RAPORU	☐					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:10-415-15	Tarih: 08 Haziran 2015					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.						

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İvi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BASKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Mehmet MELLİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
Prof.Dr.Mehmet MELLİ	Farmakoloji	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Cihan YURDAYDIN	Gastroenteroloji	A.Ü. Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Mehmet GÜREL	Genel Cerrahi	A.Ü. Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Tanju ÖZÇELİKAY	Farmakoloji	A.Ü.Eczacılık Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Cem ATBAŞOĞLU	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	A.Ü. Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Serdar ÖZTÜRK	Tıbbi Biyokimya	A.Ü. Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Serap SIVRI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	H.Ü. Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Zarife ŞENOC AK	Hukuk	A.Ü.Hukuk Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Banu ÇAKIR	Halk Sağlığı	H.Ü. Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr.A. Ruhi SOYLU	Biyofizik	H.Ü. Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr.Derya ÖZTUNA	Biyoistatistik	A.Ü. Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr.Selami Koçak TOPRAK	Hematoloji	A.Ü. Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Yrd.Doç.Dr.Nüket KUTLAY	Tıbbi Genetik	A.Ü. Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Uz.Dr.Önder İLGİLİ	Tıp Tarihi ve Etik	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Mühürbe SUTAY	İşletme	-	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı:Prof.Dr.Mehmet MELLİ

İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

Ek 3. Anket Bilgilendirme Metni

ANKET BİLGİLENDİRİLMİ METNİ

Araştırmanın Adı: Ankara İli Merkezinde Seçilen Aile Sağlığı Merkezlerinde Görev Yapan Aile Hekimlerinin, Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar (BZBH) ve Bildirim Sistemi (Sürveyans) Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Davranışları

Sorumlu Araştırmacı: Yard. Doç. Dr. A. Gülsen Ceyhan Peker

Yardımcı Araştırmacı: Asistan Dr. Y. Murat Cezaroğlu

Araştırmanın Yürütüleceği Yer: Ankara ili merkezinde, yapılan pilot çalışmasına göre rastgele yöntemle seçilecek Aile Sağlığı Merkezleri

Sayın Aile Hekimi;

Bu araştırma Ankara il merkezinde birinci basamakta görev yapan siz değerli aile hekimlerimize 40 sorudan oluşan, yaklaşık 15-20 dakika arasında cevaplandırılabilir sorulardan oluşan bir anket çalışmasıdır. Bu çalışma Ankara İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan gerekli izinler alındıktan sonra yapılmaktadır.

Anketimizde 15 adet sosyodemografik özellikte soru mevcut olup kimlik bilgileriniz istenmeyecektir. Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar ve bildirim sistemine ilişkin sıklık, karşılaşma, bilgi ve farkındalığın, ayrıca siz sahada çalışan aile hekimlerinin sürveyansa yönelik geri bildirim ve düşüncelerinin sorgulanacağı ankette vereceğiniz bilgiler eğitim ve bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak ve bilimsel yayın haline getirilecektir. Yapılan bu araştırma siz hekimlerimize herhangi bir parasal yük getirmeyecektir.

Arzu etmediğiniz takdirde araştırmaya katılmama hakkınız bulunmaktadır. Katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmadığınız durumda mesleğinizin icrası hususunda her hangi bir sorun ile karşılaşmayacaksınız. Katılımı kabul etmeniz bile istediğiniz anda anketi yanıtlamayı bırakarak vazgeçebilirsiniz. Anketimizde soruları boş bırakabilirsiniz, bu durumda araştırmamız için veri olarak kabul edilecektir. Anketin büyük çoğunluğunu belirli bir sorudan itibaren tamamlanmaması durumunda anket araştırma dışı olarak kabul edilecektir. Çalışmanın gereği olan soru formlarına gönüllüler adlarını belirtmeyeceklerdir. Anketi bir kez doldurduktan sonra araştırmadan verilerinizi çekmek mümkün olmayacaktır.

Anketimizi cevaplamak için ayırdığınız vakitten ötürü teşekkür ederiz.

Yard. Doç. Dr. A. Gülsen Ceyhan Peker
Sorumlu Araştırmacı / AÜTF
Aile Hekimliği A.D. Öğretim Üyesi

Asistan Dr. Y. Murat Cezaroğlu
Yardımcı Araştırmacı / AÜTF
Aile Hekimliği A.D. Araştırma Görevlisi

Ek 4. Anket

ANKARA İLİ MERKEZİNDE GÖREV YAPAN AİLE HEKİMLERİNİN, BİLDİRİMİ ZORUNLU BULAŞICI HASTALIKLAR (BZBH) VE BİLDİRİM SİSTEMİ (SÜRVEYANS) HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ VE DAVRANIŞLARI

Anket No:

Tarih:

1) Kaç yaşındasınız?

2) Cinsiyetiniz nedir?

a) Erkek

b) Kadın

3) Konumunuz bakımından uygun olanı işaretleyiniz:

a) Uzman Aile Hekimi

b) Pratisyen Hekim

4) Mezun olduğunuz tıp fakültesini ve mezuniyet tarihinizi yazınız:

5) Mesleğinizdeki toplam hizmet sürenizi belirtir misiniz?

6) Aile hekimi olarak toplam hizmet sürenizi belirtir misiniz?

7) Günlük ortalama çalışma sürenizi ve baktığınız hasta sayısını belirtir misiniz? saat /

8) Tıp eğitiminiz süresince BZBH ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?

a) Evet

b) Hayır

9) Meslek içi eğitimlerde BZBH ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?

a) Evet

b) Hayır

10) BZBH ile ilgili mevzuatı okudunuz mu veya BZBH listesini incelediniz mi?

a) Evet

b) Hayır

11) Aile hekimi olarak kendinizi BZBH konusunda yeterli görüyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

c) Kısmen

12) Aile hekimi olarak hiç BZBH ile karşılaştınız mı?

a) Evet

b) Hayır (16. soruya geçebilirsiniz)

13) Bugüne kadar en sık karşılaştığınız BZBH hangisi oldu?

.....

14) Karşılaştığınız BZBH'ye dair bildirim yaparken herhangi bir aksaklık yaşadınız mı?

a) Evet *

b) Hayır

(*Lütfen belirtiniz

15) Bugüne kadar karşılaştığınız her BZBH ile ilgili bildirimde bulundunuz mu?

a) Evet

b) Hayır *

(*Lütfen belirtiniz

16) "Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi", ülkemiz genelinde hangi tarihten itibaren uygulanmaya başlanmıştır?

a) 26.12.2001

b) 01.01.2005

c) 13.09.2013

d) 15.05.2015

17) Yeni "Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Listesi", bildirim yeri ve hastalıkların niteliklerine göre toplam kaç adet hastalıktan oluşmakta ve kaç adet ana grupta toplanmıştır?

a) 50 hastalık ve 1, 2, 3, 4 şeklinde numaralandırılarak dört ana grup

b) 51 hastalık ve A, B, C, D şeklinde isimlendirilerek dört ana grup

c) 49 hastalık ve 1, 2, 3 şeklinde numaralandırılarak üç ana grup

d) 52 hastalık ve A, B, C şeklinde isimlendirilerek üç ana grup

18) Tabloda verilenleri doğru veya yanlış olmalarına göre “D” veya “Y” şeklinde işaretleyiniz:

(D/Y)	Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı Ve Bildirim Sistemi Yönergesi Usul ve Esaslar Madde 13 ve Madde 14'e göre
()	Hastalığın toplum içinde yayılımını engellemek, sosyal sorunlara neden olmamak için BZBH'nin bir kısmının tespit edildiği takdirde en hızlı iletişim aracı ile ihbar edilmesi gerekir
()	İhbar mekanizmasını işletmeyen kişi ve kurumlar uyarılır ve gerektiği takdirde yürürlükteki mevzuatın ilgili maddelerine göre kınama cezası uygulanır.
()	Sorumlu olduğu bildirim yapmayan, yönerge hükümlerine uymayan, kamu kurum ve kuruluşları, gerçek kişi ve özel kuruluşların ilk tespitlerinde Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) tarafından uyarı yazısı yazılır, 1 yıl içinde düzenlemelerin yapılması talep edilir.
()	Hata gözetmeksizin yönerge hükümlerine aykırı davranışta ısrar eden kişi ve kurum sorumluları hakkında “Kamu sağlığını tehlikeye düşürücü davranıştan dolayı” Cumhuriyet Savcılıklarına İl Halk Sağlığı Müdürlükleri (HSM) tarafından suç duyurusu yapılır.

19) 01.01.2005 tarihinden itibaren uygulanmaya başlanan yeni "Bildirim Zorunlu Hastalıklar Listesi", hangi özellikler göz önünde bulundurularak gruplara ayrılmıştır?

- a) Bildirim sıklığı ve hastalıkların nicelikleri b) Bildirim yeri ve hastalıkların nitelikleri
c) Bildirim zorluğu ve hastalıkların nitelikleri d) İhbar yeri ve hastalıkların nicelikleri

20) Aşağıdaki tabloda verilen BZBH gruplarının isimlerini yazınız:

..... GRUBU	 GRUBU	 GRUBU	 GRUBU
Influenza (Grip)	Chlamydia Trachomatis(CYBH)	Çiçek	Gonore / Sfiliz
H. Influenza Tip B Menenjit	Entero Hemorajik E. Coli (EHEC)	Sarı Humma	Kuduz / Tetanoz
Konjenital Rubella Sendromu	Entamoeba Hystolytica (Ampli Dizanteri)	Veba	Kızamık/Kızamıkçık/ Kabakulak (KKK)
Lejyoner Hastalığı	Listeria Monocytogenes	Epidemik Tifüs	Meningokokal Hastalık

21) Tabloda verilen BZBH'den hangileri için “Form 014” kullanılarak, ikinci (veya daha üst) basamaktan hastanın yaşadığı yerin sağlık sorumlularına bildirim yapılır veya yapılmaz? (E= Evet / H= Hayır)

(E/H)	BZBH	(E/H)	BZBH	(E/H)	BZBH
()	AIDS/HIV	()	Kuduz Riskli Temas	()	Sıtma
()	Bruselloz	()	Giardia İntestinalis	()	Tularemi
()	Cryptosporidium sp.	()	Neonatal Tetanoz	()	Tifo
()	Difteri / Boğmaca / Tetanoz	()	TBC (Tüberküloz)	()	Çiçek
()	Epidemik Tifüs	()	Entamoeba Hystolytica	()	Lepra
()	Kanlı İshal (Akut)	()	Şark Çıbanı	()	Şarbon
()	Poliomyelit (Çocuk Felci)	()	Viral Hepatitler (Akut)	()	Veba
()	Lejyoner Hastalığı	()	Gonore / Sfiliz	()	Kala Azar
()	Clamidia Trachomatis(CYBH)	()	Sarı Humma		

22) Aşağıdaki tabloda en önemli özellikleri verilen BZBH gruplarının isimlerini yerleştiriniz:

BZBH	En Önemli Özellik
..... Grubu	Enfeksiyon etkenlerinin bildirimi tarif edilmektedir. Bu durum, laboratuvarların ilk kez, doğrudan bildirim sistemine dâhil olmalarını gerektirmektedir.
..... Grubu	Bu gruptaki hastalıkların bir kısmı sentinel surveyans anlayışıyla izlenecek olup ikinci basamaktan itibaren ya da daha üst uzman kurumlarca bildirilebilirler.
..... Grubu	Dünyanın bazı bölgelerinde halen var olmaları, yayılma eğilimleri ve yüksek mortaliteleri, uluslararası önlemlerin sürdürülmesinin başlıca nedenidir.
..... Grubu	Bu hastalıkların önemli bir kısmı için hastanın ilk başvuru noktası birinci basamaktır.

23) Aşağıdakilerden hangisi Kuduz Riskli Temas sürveyansında kullanılan formlardan değildir?

- a) Enfeksiyon etkenleri bildirim fişi
b) Form 014
c) Kuduz riskli temas vaka inceleme formu
d) Form 017/A

24) A grubu BZBH ile ilgili seçeneklerden hangisi yanlıştır?

- a) Birinci basamakta hekim, standart vaka tanımına göre hastaya tanı koyabildiği ölçüde bildirimini yapar ve gerekli araştırmaları başlatır.
b) Tanı olanaklarının kısıtlı olduğu koşullarda ise hastayı bir üst basamağa gönderir ya da hasta doğrudan ikinci basamak bir sağlık kurumuna başvurur.
c) İkinci basamak tanı koyup tedaviye başlarken, hastalık bildirimini hastanın yaşadığı yerin üçüncü basamak sağlık kurumuna en kısa sürede iletmekle yükümlüdür.
d) Amaç, hasta ile aynı çevrede yaşayanlar arasında benzer vakalar olup olmadığının ve/veya hastalığın kaynağının araştırılabilmesini sağlamaktır.

25) Aşağıdaki ishal etkenlerinden hangisi laboratuvarlar haricinde bildirim yapılabilir?

- a) Shigella dysenteriae
b) Campylobacter jejuni/coli
c) Vibrio cholerae
d) Enterohemorajik E. Coli

26) B grubu BZBH ile ilgili seçenekleri doğru (D) veya yanlış (Y) olmalarına göre işaretleyiniz:

26a	Uluslararası ortak BZBH; Çiçek, Epidemik Tifüs, Sarı Humma ve Veba'dır.
26b	Ülkemizde ya hiç görülmemiş ya da uzun zamandan bu yana görülmeyen hastalıklardır.
26c	Olası bir vaka ile karşılaşan hangi basamak sağlık kurumu olursa olsun, doğrudan ve en hızlı haberleşme aracı ile THSK'ye ihbar etmekle yükümlüdür.
26d	Uluslararası düzeyde ise bu hastalıkların bildirilmesi, yalnızca HSM'nin yetkisindedir.

27) Aşağıdaki etkenlerinden hangisinin yaptığı BZBH'nin, ASM tarafından bildirimi gerekmemektedir?

- a) Variola vera (Çiçek)
b) Yersinia pestis (Veba)
c) Echinococcus granulosus (Kist Hidatik)
d) HIV (AIDS)

28) C grubu BZBH ile ilgili seçeneklerden hangisi yanlıştır?

- a) Bu hastalıkların önemli bir kısmı bildirim sisteminde eskiden de bulunan hastalıklardır.
b) Trahom hariç hiç biri için birinci basamaktan bildirim istenmemekte iken ikinci basamak veya daha üst uzman kurum, laboratuvarlarca bildirim alınması yeterlidir.
c) İnfluenza salgınlarında söz konusu olduğu gibi bütün vakaların değil ama salgına neden olan etkeni tanımlamaya yetecek sayıda vaka örneğinin incelemeye alınması kuraldır.
d) Toksoplazmoz hastalığının kesin bildirimi yataklı tedavi kurumlarından yapılır.

29) Aşağıdaki C grubu BZBH'den hangisi sadece Nöroloji, Enfeksiyon ve Çocuk Hastalıkları kliniği olan hastanelerden bildirilebileceği için ASM'den sevki, söz konusu hastanelere olmalıdır?

- a) Akut Hemorajik Ateş
b) Leptospiroz
c) Tularemi
d) SSPE

30) Aşağıdaki konjenital enfeksiyon etkenlerinden hangisinin yaptığı BZBH ile karşılaşılması durumunda; bildirimi, ikinci ve üst basamak sağlık kuruluşları tarafından yapılabilir?

- a) Treponema pallidum
b) Hepatit B Virüs
c) Rubella Virüs
d) HIV

31) D grubu BZBH ile ilgili seçenekleri doğru (D) veya yanlış (Y) olmalarına göre işaretleyiniz:

31a	Laboratuvarlar A, B ve C Grubu hastalıkların bildiriminde doğrudan dahil olmaktadır, D Grubu sürveyans tipi ile bildirim sitemine dolaylı bir rol üstlenmektedirler.
31b	Halk sağlığı sorunu olarak önemini koruyan bulaşıcı hastalıkların etiyolojik ajanları hakkında veri elde edilmesi ve ileri epidemiyolojik araştırmalarının yapılabilmesini sağlar.
31c	Standardizasyon ve kalite güvencesi ilkelerine göre çalışması gereken laboratuvarların ancak kabul edilebilir asgari bir teknik ile tanı koyabiliyorsa bildirim yapabileceği dikkate değerdir.
31d	A, B ve C Grubu BZBH tespit edildiklerinde ilk olarak etkenin doğrulanması ve olası/kesin tanı, D grubu BZBH'de ise vakanın doğrulanması ve olası/kesin vaka sınıflamasının yapılması gerekir.

- 32) Aşağıdaki BZBH hangisi için ASM'de görevli aile hekimi tarafından bildirimi yapılmaz?
 a) Amipli Dizanteri Etkeni b) Akut Kanlı İshal c) Kolera d) Tifo

- 33) ASM'de görevli aile hekiminin sorumlu olduğu bildirim formları ile ilgili yanlış olanı işaretleyiniz?
 a) A grubu BZBH'nin bildirimi "Form 014 - Bildirimi Zorunlu Hast. Fişi" ile vakanın tespit edildiği yerden ikamet ettiği bölgedeki ASM'ye yapılır (ASM bilinmiyorsa bildirim HSM aracılığı yapılır).
 b) ASM bildirimi, "Form 016 - Bildirimi Zorunlu Hast. Tespit Fişi"ne işler, süveyans çalışmasını yapar, ayın ilk haftasında "Form 017/A - Grup A Hast. Bildirim Formu" ile HSM'ye gönderir.
 c) B grubu BZBH tespit edildiği anda ivedi (telefon, faks, birebir gidilerek) ihbarı gerektirirken ASM bildirimi, ay başında "Form 017/B - Grup B Hast. Bildirim Formu" ile HSM'ye gönderir.
 d) C grubu BZBH bildiriminde ise HSM, Form 014 ile yapılan bildirimleri fiyasyon, salgın ve vaka araştırması çalışmalarının başlatılması veya bilgi için ilgili ASM'ye gönderir.

- 34) Süveyans tanısı ve tipleri ile ilgili seçenekleri doğru (D) veya yanlış (Y) olmalarına göre işaretleyiniz

()	DSÖ'nün süveyans tanımı; "Sağlık hizmetlerini planlayabilme, müdahalede bulunabilme amacıyla sağlık verilerinin devamlı, sistematik biçimde toplanması, analizi ve ilgili birimlere dağıtılmasıdır."
()	Aktif süveyans; verinin örneklemden toplandığı, her vakayı bilmenin önemli olmadığı durumlarda tercih edilir. Hastalıkları erken dönemde saptamak ve eğilimlerini izlemek için kullanılır.
()	Doğrudan ulaşım, çalışanların sisteme katılması avantajları olan sentinel süveyans; rutin raporların beklenmesi değil verilerin çeşitli yöntemlerle (gidip/telefonla arama) düzenli olarak alınmasıdır.
()	İnfluenza virüsünün tipini belirlemek için bazı hastanelerin izlenmesi sentinel süveyansa örnek iken Ebola'nın patlak vermesi gibi olaylarda ev ev arama yapılması aktif süveyansın bir örneğidir.

- 35) BZBH'ye dair yeni bildirim sistemi (süveyans) ile ilgili yanlış olan seçeneği işaretleyiniz?
 a) Genişletilmiş Bağışıklama Programı süveyans formu ve form 017'ler ile aylık olarak bildirilen hastalıklar; difteri, boğmaca, tetanoz, kızamık, hepatit B, neonatal tetanozdur.
 b) HSM'ye olası vaka bildirimlerinin zorunlu tutulmadığı A grubu hastalıklar (kızamık, sıtma, sifiliz, şark çıbanı, tetanoz ve tüberküloz) ile ilgili vakalar, bildirim sistemine veri olarak girmektedirler.
 c) THSK'ye olası vaka bildirimleri yapılan A grubu hastalıklar; boğmaca, kızamık, kuduz riskli temas, poliomiyelit, tifodur.
 d) A grubu hastalıklardan akut kanlı ishal, kabakulak, kızamıkçık, viral hepatitlerin salgın durumunda; gonore ve sifiliz ise özel durum arz eden kişilerde görüldüğünde ivedi ihbarı söz konusudur.

- 36) BZBH'si olan vakanız ile ilgili hizmet sunumunuzda veya tanı koyma ve bildirim sürecinde yaşadığınız sıkıntıları, varsa çözüm önerilerinizi paylaşabilir misiniz?

.....

.....

.....

.....

- 37) BZBH hususunda özenli ve belli standartlara uygun davranmayı ilke edinmesi gereken bir aile hekimi olarak hangi aşamalarda BZBH ile ilgili eğitim almayı uygun görmektesiniz ?

- a) Tıp Fakültesi b) Hizmet İçi c) Sürekli Tıp Eğitimi

- 38) BZBH hakkındaki bilgi ve farkındalığınızın artması açısından anketimiz, sizin için yararlı oldu mu?

- a) Evet b) Hayır c) Kısmen

- 39) BZBH hakkındaki anketimiz, sizde bildirim açısından davranış değişikliğine yol açacak mı?

- a) Evet b) Hayır c) Kısmen

- 40) Size göre anketimizin eksik ya da olumsuz yönleri olduysa belirtebilir misiniz?

.....

.....

* Toplam Puan:

Ek 5. Anket Cevap Anahtarı

ANKET CEVAP ANAHTARI

16) "Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi", ülkemiz genelinde hangi tarihten itibaren uygulanmaya başlanmıştır?

- a) 26.12.2001 **b) 01.01.2005** c) 13.09.2013 d) 15.05.2015

17) Yeni "Bildirim Zorunlu Hastalıklar Listesi", bildirim yeri ve hastalıkların niteliklerine göre toplam kaç adet hastalıktan oluşmakta ve kaç adet ana grupta toplanmıştır?

- a) 50 hastalık ve 1, 2, 3, 4 şeklinde numaralandırılarak dört ana grup
b) 51 hastalık ve A, B, C, D şeklinde isimlendirilerek dört ana grup
 c) 49 hastalık ve 1, 2, 3 şeklinde numaralandırılarak üç ana grup
 d) 52 hastalık ve A, B, C şeklinde isimlendirilerek üç ana grup

18) Tabloda verilenleri doğru veya yanlış olmalarına göre "D" veya "Y" şeklinde işaretleyiniz:

(D/Y)	Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı Ve Bildirim Sistemi Yönergesi Usul ve Esaslar Madde 13 ve Madde 14'e göre
(D)	Hastalığın toplum içinde yayılımını engellemek, sosyal sorunlara neden olmamak için BZBH'nin bir kısmının tespit edildiği takdirde en hızlı iletişim aracı ile ihbar edilmesi gerekir
(Y)	İhbar mekanizmasını işletmeyen kişi ve kurumlar uyarılır ve gerektiği takdirde yürürlükteki mevzuatın ilgili maddelerine göre kınama cezası uygulanır.
(Y)	Sorumlu olduğu bildirim yapmayan, yönerge hükümlerine uymayan, kamu kurum ve kuruluşları, gerçek kişi ve özel kuruluşların ilk tespitlerinde Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) tarafından uyarı yazısı yazılır, 1 yıl içinde düzenlemelerin yapılması talep edilir.
(D)	Hata gözetmeksizin yönerge hükümlerine aykırı davranışta ısrar eden kişi ve kurum sorumluları hakkında "Kamu sağlığını tehlikeye düşürücü davranıştan dolayı" Cumhuriyet Savcılıklarına İl Halk Sağlığı Müdürlükleri (HSM) tarafından suç duyurusu yapılır.

19) 01.01.2005 tarihinden itibaren uygulanmaya başlanan yeni "Bildirim Zorunlu Hastalıklar Listesi", hangi özellikler göz önünde bulundurularak gruplara ayrılmıştır?

- a) Bildirim sıklığı ve hastalıkların nicelikleri **b) Bildirim yeri ve hastalıkların nitelikleri**
 c) Bildirim zorluğu ve hastalıkların nitelikleri d) İhbar yeri ve hastalıkların nicelikleri

20) Aşağıdaki tabloda verilen BZBH gruplarının isimlerini yazınız:

C GRUBU	D GRUBU	B GRUBU	A GRUBU
Influenza (Grip)	Chlamydia Trachomatis (CYBH)	Çiçek	Gonore / Sfiliz
H. Influenza Tip B Menenjit	Enterohemorajik E. Coli (EHEC)	Sarı Humma	Kuduz / Tetanoz
Konjenital Rubella Sendromu	Entamoeba histolytica (Amipli Dizanteri)	Veba	Kızamık/Kızamıkçık/ Kabakulak (KKK)
Lejyoner Hastalığı	Listeria monocytogenes	Epidemik Tifüs	Meningokokal Hastalık

21) Tabloda verilen BZBH den hangileri için “Form 014” kullanılarak, ikinci (veya daha üst) basamaktan hastanın yaşadığı yerin sağlık sorumlularına bildirimi yapılır veya yapılmaz? (E= Evet / H= Hayır)

(E/H)	BZBH	(E/H)	BZBH	(E/H)	BZBH
(E)	AIDS/HIV	(E)	Kuduz Riskli Temas	(E)	Sıtma
(E)	Bruselloz	(H)	Giardia İntestinalis	(E)	Tularemi
(H)	Cryptosporidium sp.	(E)	Neonatal Tetanoz	(E)	Tifo
(E)	Difteri / Boğmaca / Tetanoz	(E)	TBC (Tüberküloz)	(H)	Çiçek
(H)	Epidemik Tifüs	(H)	Entamoeba Hystolitica	(E)	Lepra
(E)	Kanlı İshal (Akut)	(E)	Şark Çıbam	(E)	Şarbon
(E)	Poliomyelit (Çocuk Felci)	(E)	Viral Hepatitler (Akut)	(H)	Veba
(E)	Lejyoner Hastalığı	(E)	Gonore / Sfiliz	(E)	Kala Azar
(H)	Clamydia Trachomatis(CYBH)	(H)	Sarı Humma		

22) Aşağıdaki tabloda en önemli özellikleri verilen BZBH gruplarının isimlerini yerleştiriniz:

BZBH	En Önemli Özellik
D Grubu	Enfeksiyon etkenlerinin bildirimi taraf edilmektedir. Bu durum, laboratuvarların ilk kez, doğrudan bildirim sistemine dâhil olmalarını gerektirmektedir.
C Grubu	Bu gruptaki hastalıkların bir kısmı sentinel sürveyans anlayışıyla izlenecek olup ikinci basamaktan itibaren ya da daha üst uzman kurumlarca bildirilebilirler.
B Grubu	Dünyanın bazı bölgelerinde halen var olmaları, yayılma eğilimleri ve yüksek mortaliteleri, uluslararası önlemlerin sürdürülmesinin başlıca nedenidir.
A Grubu	Bu hastalıkların önemli bir kısmı için hastanın ilk başvuru noktası birinci basamaktır.

23) Aşağıdakilerden hangisi Kuduz Riskli Temas surveyansında kullanılan formlardan değildir?

- a) Enfeksiyon etkenleri bildirim fişi
b) Form 014
c) Kuduz riskli temas vaka inceleme formu
d) Form 017/A

24) A grubu BZBH ile ilgili seçeneklerden hangisi yanlıştır?

- a) Birinci basamakta hekim, standart vaka tanımına göre hastaya tanı koyabildiği ölçüde bildirimini yapar ve gerekli araştırmaları başlatır.
- b) Tanı olanaklarının kısıtlı olduğu koşullarda ise hastayı bir üst basamağa gönderir ya da hasta doğrudan ikinci basamak bir sağlık kurumuna başvurur.
- c) İkinci basamak tanı koyup tedaviye başlarken, hastalık bildirimini hastanın yaşadığı yerin üçüncü basamak sağlık kurumuna en kısa sürede iletmekle yükümlüdür.**
- d) Amaç, hasta ile aynı çevrede yaşayanlar arasında benzer vakalar olup olmadığının ve/veya hastalığın kaynağının araştırılabilmesini sağlamaktır.

25) Aşağıdaki ishal etkenlerinden hangisi laboratuvarlar haricinde bildirim yapılabilir?

- a) *Shigella dysenteriae*
c) ***Vibrio cholerae***
- b) *Campylobacter jejuni/coli*
d) Enterohemorajik E. Coli

33) ASM’de görevli aile hekiminin sorumlu olduğu bildirim formları ile ilgili yanlış olanı işaretleyiniz?

- a) A grubu BZBH’nin bildirimi “Form 014 - Bildirimi Zorunlu Hast. Fişi” ile vakanın tespit edildiği yerden ikamet ettiği bölgedeki ASM’ye yapılır (ASM bilinmiyorsa bildirim HSM aracılı yapılır).
- b) ASM bildirimi, “Form 016 - Bildirimi Zorunlu Hast. Tespit Fişi”ne işler, sürveyans çalışmasını yapar, ayın ilk haftasında “Form 017/A - Grup A Hast. Bildirim Formu” ile HSM’ye gönderir.
- c) B grubu BZBH tespit edildiği anda ivedi (telefon, faks, birebir gidilerek) ihbarı gerektirirken ASM bildirimi, aybaşında “Form 017/B - Grup B Hast. Bildirim Formu” ile HSM’ye gönderir.**
- d) C grubu BZBH bildiriminde ise HSM, Form 014 ile yapılan bildirimleri fiyasyon, salgın ve vaka araştırması çalışmalarının başlatılması veya bilgi için ilgili ASM’ye gönderir.

34) Sürveyans tanısı ve tipleri ile ilgili seçenekleri doğru (D) veya yanlış (Y) olmalarına göre işaretleyiniz

(D)	DSÖ’nün sürveyans tanımı; “Sağlık hizmetlerini planlayabilme, müdahalede bulunabilme amacıyla sağlık verilerinin devamlı, sistematik biçimde toplanması, analizi ve ilgili birimlere dağıtılmasıdır. ”
(Y)	Aktif sürveyans; verinin örneklemden toplandığı, her vakayı bilmenin önemli olmadığı durumlarda tercih edilir. Hastalıkları erken dönemde saptamak ve eğilimlerini izlemek için kullanılır.
(Y)	Doğrudan ulaşım, çalışanların sisteme katılması avantajları olan sentinel sürveyans; rutin raporların beklenmesi değil verilerin çeşitli yöntemlerle (gidip/telefonla arama) düzenli olarak alınmasıdır.
(D)	İnfluenza virüsünün tipini belirlemek için bazı hastanelerin izlenmesi sentinel sürveyansa örnek iken Ebola’nın patlak vermesi gibi olaylarda ev ev arama yapılması aktif sürveyansın bir örneğidir.

35) BZBH’ye dair yeni bildirim sistemi (sürveyans) ile ilgili yanlış olan seçeneği işaretleyiniz?

- a) Genişletilmiş Bağışıklama Programı sürveyans formu ve form 017’ler ile aylık olarak bildirilen hastalıklar; difteri, boğmaca, tetanoz, kızamık, hepatit B, neonatal tetanozdur.
- b) HSM’ye olası vaka bildiriminin zorunlu tutulmadığı A grubu hastalıklar (kızamık, sıtma, sifiliz, şarkı çıbanı, tetanoz ve tüberküloz) ile ilgili vakalar, bildirim sistemine veri olarak girmektedirler.**
- c) THSK’ye olası vaka bildirimleri yapılan A grubu hastalıklar; boğmaca, kızamık, kuduz riskli temas, poliomiyelit, tifodur.
- d) A grubu hastalıklardan akut kanlı ishal, kabakulak, kızamıkçık, viral hepatitlerin salgın durumunda; gonore ve sifiliz ise özel durum arz eden kişilerde görüldüğünde ivedi ihbarı söz konusudur.

Ek 6. Bulaşıcı Hastalıklar İhbar ve Bildirim Sistemi Yönergesi

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Temel Sağlık Hizmetleri
Genel Müdürlüğü

Sayı : B100TSH0110001
Konu : Bulaşıcı Hastalıkların
Bildirimi Sistemi Yönergesi 24.02.2004 / 1534

BAKANLIK MAKAMINA

Ülkemizde, sağlık ile ilgili temel veri kaynaklarından en önemlilerinden biri bulaşıcı hastalıkların ihbarı ve bildirimi ile elde edilen bilgilerdir. Bu bilgilerin en güvenilir ve sağlıklı şekilde elde edilmesi, mevcut dünya düzeni içinde bulaşıcı hastalıklar nedeniyle ülkelerin yaptırma uğradığı bir dönemde, daha da önem kazanmaktadır.

Ülkemizde bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar 39 tane olup, bu hastalıklar bütün sağlık kuruluşlarından toplanmakta ve nüfus tabanlı bir değerlendirme sistemi içinde incelenmektedir. Hastalık teşhisleri klinik veya laboratuvar destekli olarak konmakta ve bu durum hastalıkların gerçek boyutları hakkında şüpheler uyandırmaktadır.

Bu amaçla, üniversite, eğitim ve araştırma hastanelerinden yaklaşık 60 kişilik bir grup ile yapılan çalışmalarda DSÖ ve A.B.D.-CDC yayınları kaynak alınarak, bulaşıcı hastalıkların ihbarı ve bildirimi sistemi gözden geçirilmiş, hastalıkların standart tanı kriterleri ülkemiz koşulları göz önüne alınarak belirlenmiş, bildirimi zorunlu hastalıklar listesi son bilimsel gelişmeler çerçevesinde yenilenmiş ve 4 farklı bildirim şeklinde 51 hastalığın bulunduğu yeni liste hazırlanmıştır.

Hazırlanan "Bulaşıcı hastalıklar İhbarı ve Bildirimi Sistemi"nin Ek 1'de bulunan Yönerge'de belirtilen hususlara uygun olarak, Ek 2'de bulunan "Sürveyans ve Standart Tanı Rehberi" doğrultusunda kullanılması hususunu tensiplerinize arz ederim.

Uz. Dr. Mehmet UĞURLU
Genel Müdür

OLUR
Prof. Dr. Recep AKDAĞ
Sağlık Bakanı

BULAŞICI HASTALIKLARIN İHBARI VE BİLDİRİM SİSTEMİ YÖNERGESİ

I. BÖLÜM

AMAÇ, DAYANAK, TANIMLAR

Amaç

Madde 1. Bu yönerge, Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sisteminin yapısı, işleyişi ile ilgili usul ve esaslarını belirlemek için hazırlanmıştır.

Dayanak

Madde 2. Bu yönerge, 24.04.1930 tarih ve 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanununun 3, 57, 64. maddelerine, 13.12.1983 tarih ve 181 sayılı “Sağlık Bakanlığı’nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Karamame”ye, 07.05.1987 tarih ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nun 3. Maddesinin (b), (f), (j) bentlerine dayanarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

Madde 3. Bu yönergede adı geçen,

“Bakanlık”, Sağlık Bakanlığını,

“Kurul”, Bulaşıcı Hastalıklar İzleme ve Değerlendirme Kurulunu,

“İhbar”, bildirim zorunlu olan bir bulaşıcı hastalığın, herhangi bir bölgede görüldüğü hususunda ilgili birimlerin haberdar edilmesini,

“Bildirim”, bildirim zorunlu bir bulaşıcı hastalığın bir sistem içinde belirli bir zaman aralığında ilgili yerlere istatistiksel ve epidemiyolojik amaçlı bildirilmesini ifade etmektedir.

II. BÖLÜM

SORUMLULUKLAR, USUL VE ESASLAR

Sorumluluklar

Madde 4. Bulaşıcı hastalıkların ihbarı ve bildirim hususunda gerekli düzenlemeleri yapmaktan sorumlu kurum, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüdür.

Madde 5. Bildirimi zorunlu olan bir bulaşıcı hastalığın ihbarı ve bildiriminden Sağlık Bakanlığının belirlediği usul ve esaslar çerçevesinde sağlık hizmeti veren bütün kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek kişiler ve özel kuruluşlar sorumludur. Her kurum ve kuruluşta bildirimlerin takibi ve yapılmasından sorumlu bir birim veya sağlık personeli belirlenir. Kurum ve kuruluşlar konu ile ilgili kişilerin isimlerini İl Sağlık Müdürlüklerine bildirir, kişilerin değişmesi durumunda İl Sağlık Müdürlüklerine bilgi verir.

Madde 6. Bulaşıcı hastalıklar ile ilgili gerekli düzenlemelerin yapılmasında, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne teknik destek sağlamak amacı ile oluşturulacak bir kurulun alt komisyonlarından biri, bildirim ve ihbar sistemi ile ilgili olarak çalışır.

Bu Kurul ve alt komisyonun yapısı, görevleri ve çalışma şekli Bakanlıkça hazırlanacak bir yönerge ile belirlenir

Usul ve Esaslar

Madde 7. Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar dört gruba ayrılır. Birinci grup, “A Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar”, İkinci grup, “B Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar”, Üçüncü grup, “C Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar”, Dördüncü grup, “D Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar”dır.

Madde 8. Bakanlık, hastalıkların gruplandırması, standart tanı kriterleri, sürveyans gerekçeleri, sürveyans şekli ile ilgili bir kılavuzu yayımlar, ayrıca basımını yaparak dağıtır.

Madde 9. A Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıkların bildirimi nüfus tabanlı sistem ile ülke genelindeki hasta kabul eden ve tedavi düzenleyen bütün kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek kişi ve özel kuruluşlardan yapılır. Hastalığın bildirimi “Form 014 – Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Fişi” ile, vakanın tespit edildiği yerden ikamet ettiği bölgedeki sağlık ocağına yapılır. Sağlık Ocağı, bildirimi, “Form 016 – Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Tespit Fişi”ne işler, gerekli sürveyans çalışmasını yapar ve takip eden ayın ilk haftasında “Form 017/A – Grup A Hastalıklar Bildirim Formu” ile İl Sağlık Müdürlüğüne yapar.

Vakanın ikamet ettiği bölgeden sorumlu sağlık ocağının bilinmemesi durumunda, bildirim İl Sağlık Müdürlüğüne yapılır ve İl Sağlık Müdürlüğü formun sağlık ocağına iletilmesini sağlar.

Vaka sağlık ocağında tespit edilmişse, Form 014 kullanılmaz ve Form 016’ya kayıt, sürveyans çalışması sonrası, takip eden ayın ilk haftasında İl Sağlık Müdürlüğüne Form 017/A ile bildirim yapılır.

Bildirimin nasıl yapılacağını gösteren akış şeması Ek 1’dedir.

Madde 10. B Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıkların bildirimi, tespit edildiği her noktadan direkt olarak İl Sağlık Müdürlüğü ve Bakanlığa yapılır. Bakanlık hastalık ile ilgili olarak gerektiğinde bizzat veya İl Sağlık Müdürlüğü kanalı ile inceleme yaptırır.

Bildirimin nasıl yapılacağını gösteren akış şeması Ek 2’dedir.

Madde 11. C Grubu Bildirimi Zorunlu Hastalıkların bildirimi kurum tabanlı veya sentinal olarak yapılır. Hastalığın bildirimi için seçilmiş noktalardan günlük olarak Form 014 ile İlçe sağlık Grup Başkanlıkları veya İl Sağlık Müdürlüğüne, İl Sağlık Müdürlüğü tarafından da aylık olarak gelen bilgilerin icmalî yapılarak “Form 017/C – Grup C Hastalıklar Bildirim Formu” ile takip eden ayın ilk haftası içinde Sağlık Bakanlığına yapılır. İl Sağlık Müdürlüğü Form 014 ile yapılan bildirimleri fiyasyon, salgın araştırma, vaka araştırması çalışmalarının başlatılması ve/veya bilgi için ilgili sağlık ocağına gönderir.

Bildirimin nasıl yapılacağını gösteren akış şeması Ek 3’tedir.

Madde 12. D Grubu Bildirimi Zorunlu Hastalıkların (Enfeksiyon Etkenlerinin) bildirimi laboratuvarlardan ve sentinal olarak yapılır. Enfeksiyon etkeninin bildirimi için seçilmiş laboratuvarlar, kurum bildirim sorumlusuna günlük olarak “Grup D – Enfeksiyon Etkenleri Bildirim Fişi” ile bildirir. Kurum, Grup D – Enfeksiyon Etkenleri Bildirim Fişlerinin icmalini haftalık olarak yapar ve “Form 017/D – Grup D Enfeksiyon Etkenleri Bildirim Formu” ile takip eden haftanın ikinci iş gününde İlçe Sağlık Grup Başkanlıklarına veya İl Sağlık Müdürlüğüne yapar. İlçe Sağlık Grup Başkanlıkları gelen formları herhangi bir işlem yapmadan İl Sağlık Müdürlüğüne gönderir. İl Sağlık Müdürlüğü, İlçe Sağlık Grup Başkanlıkları veya Kurumlardan gelen Form 017/D – Grup D Enfeksiyon Etkenleri Bildirim Formlarının icmalini aylık olarak yapar ve “Form 017/D – Grup D Enfeksiyon Etkenleri Bildirim Formu” ile takip eden ayın ilk haftası içinde Sağlık Bakanlığına gönderir.

Bildirimin nasıl yapılacağını gösteren akış şeması Ek 4’ dendir.

Madde 13. Bildirimi Zorunlu Hastalıkların bir kısmının tespit edildiği takdirde belirli bir süre içinde en hızlı iletişim aracı ile ihbar edilmesi gereklidir. Bu gereklilik, hastalığın toplum içinde yayılımını engellemek, sosyal sorunlara neden olmamak içindir. Bu nedenle ihbar mekanizmasını işletmeyen kişi ve kurumlar uyarılır ve gerektiği takdirde yürürlükteki mevzuatın ilgili maddelerine göre cezai müeyyide uygulanır.

Madde 14. Sorumlu olduğu halde bildirim yapmayan ve bu yönerge hükümlerine uymayan, bütün kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek kişi ve özel kuruluşların ilk tespitlerinde İl Sağlık Müdürlüğü tarafından uyarı yazısı yazılır ve 1 ay içinde düzenlemelerin yapılması talep edilir. Hata nevi gözetmeksizin yönerge hükümlerine aykırı davranışlara ısrarla devam eden kişi veya kurum sorumluları hakkında yürürlükteki mevzuatın ilgili maddeleri gereği, “Kamu sağlığını tehlikeye düşürücü davranışlardan dolayı” Cumhuriyet Savcılıklarına İl Sağlık Müdürlükleri tarafından suç duyurusu yapılır.

Madde 15. Milli Savunma Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarının aykırı davranışlarında, ilgili Garnizon Komutanlıklarına durum resmen bildirilir ve gerekli düzenlemelerin yapılması talep edilir. Tekerrürü halinde durumdan Bakanlık haberdar edilir ve bakanlıklar arası yazışma yapılarak gerekli düzenlemelerin yapılması talep edilir. Askeri kurumlar hakkında adli takibat, askeri hukuk kurallarına uygun olarak Genelkurmay Başkanlığı ve Milli Savunma Bakanlığı tarafından yapılır.

III. BÖLÜM YÜRÜRLÜK VE YÜRÜTME

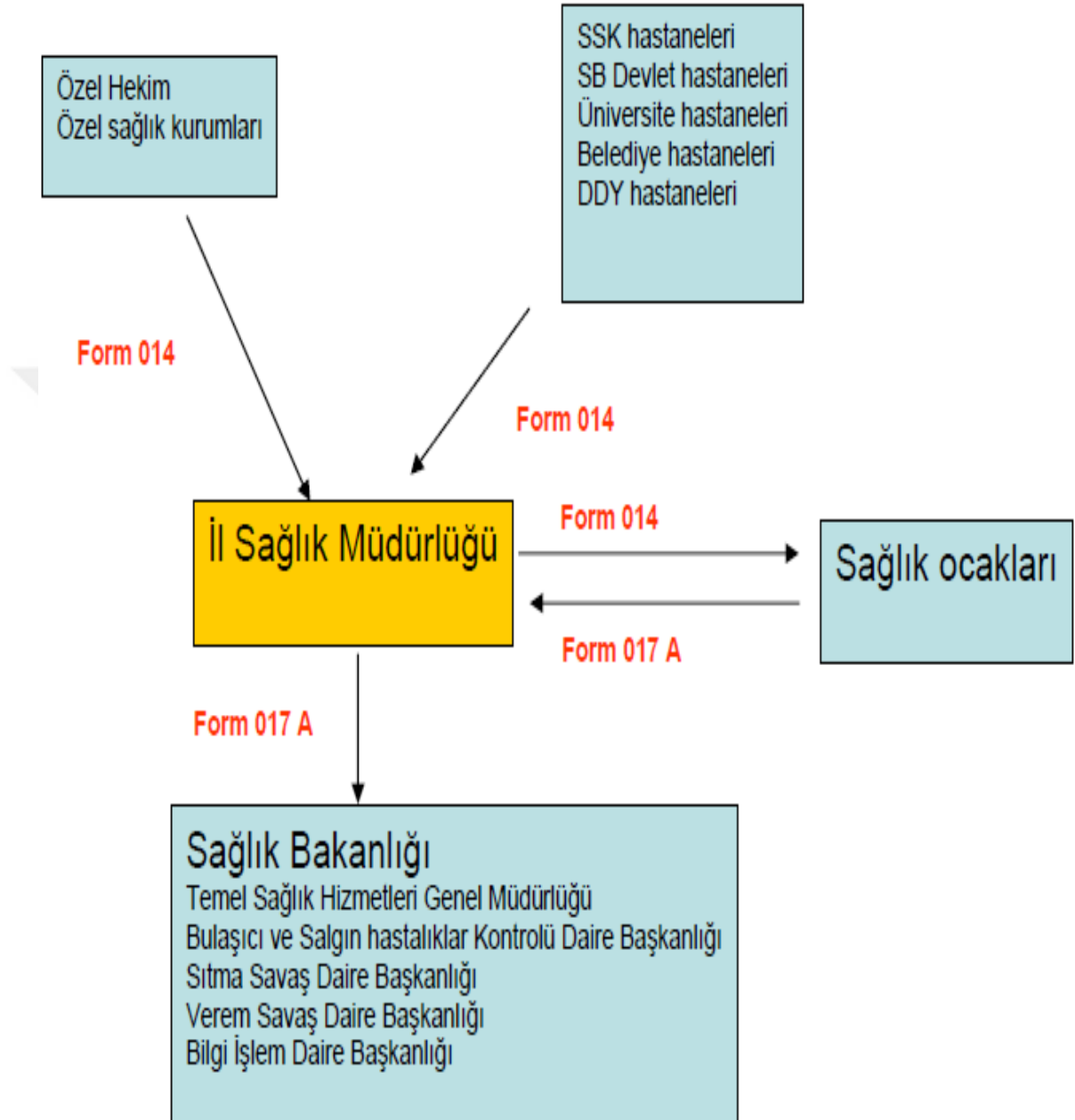
Yürürlük

Madde 16. Bu Yönerge, Bakan Onayını müteakip yürürlüğe girer.

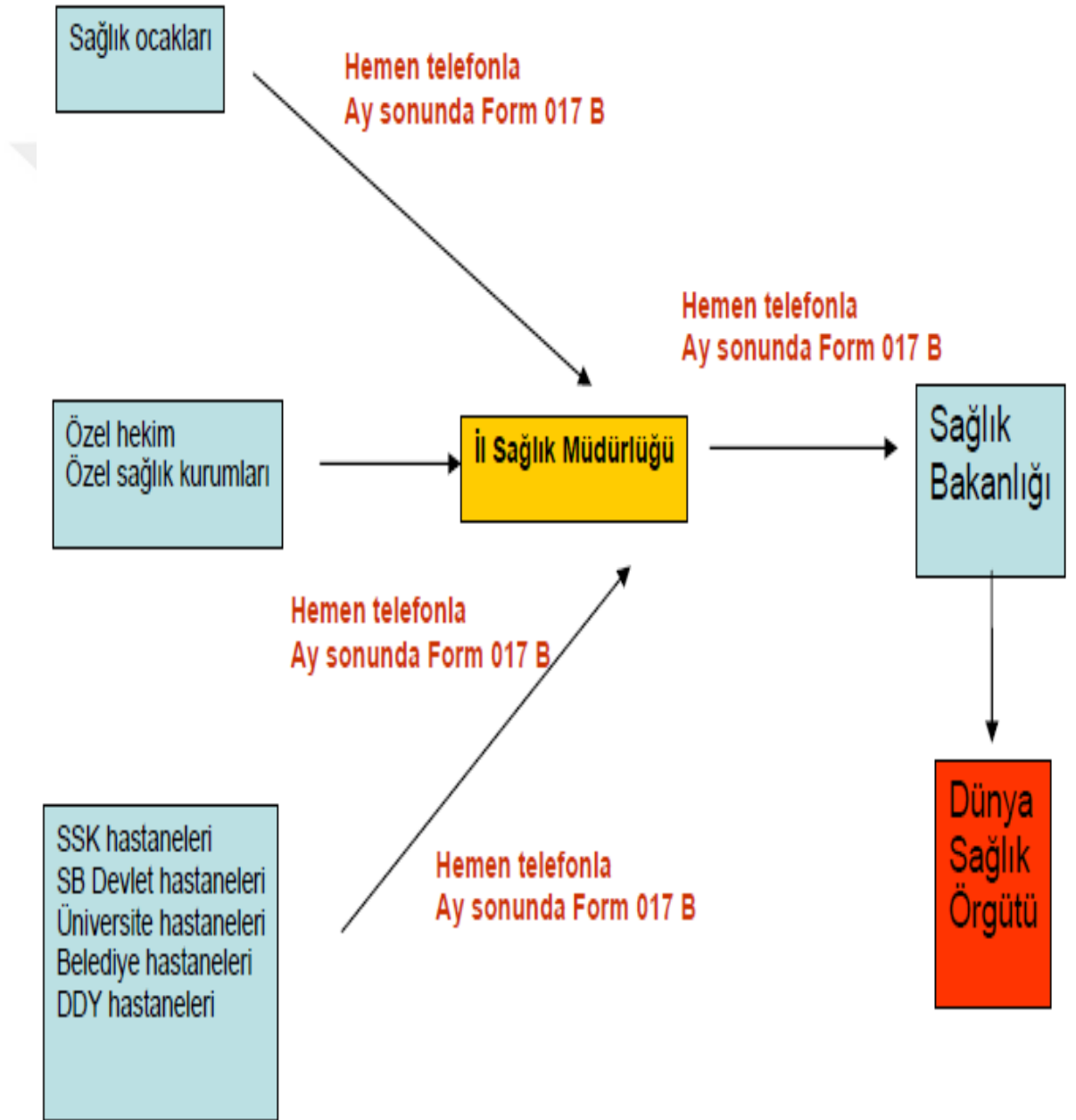
Yürütme

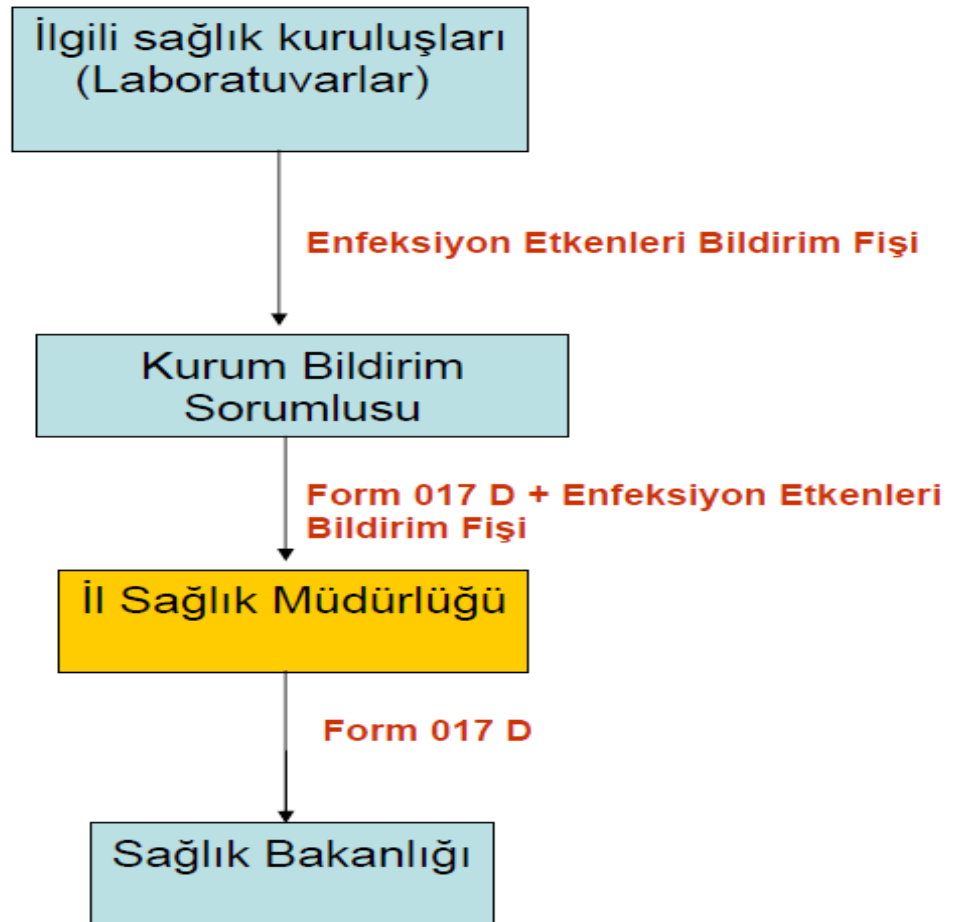
Madde 17. Bu yönergenin hükümleri, Bakan adına Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü tarafından yürütülür.

EK 1: Grup A Hastalıkların Bildirim Sistemi



EK 2: Grup B Hastalıkların Bildirim Sistemi



EK 3: Grup C Hastalıkların Bildirim Sistemi**EK 4: Grup D Hastalıkların Bildirim Sistemi**



(ACELE)

...../...../ 20.....

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Form No : 014

BİLDİRİM ZORUNLU BULAŞICI HASTALIKLAR
BİLDİRİM FORMU
(U. Hıfzıssıhha Kanunu Mad. 57-64)

BİLDİRİM YAPAN KURUM

İLİ:

İLÇESİ:

KURUM ADI:

BİLDİRİM YAPAN KİŞİ

ADI:

SOYADI:

ÜNVANI-BRANŞI:

HASTANIN KİMLİK BİLGİLERİ		KAYITLI İKAMET ADRESİ	
T.C. KİMLİK NO		İL	
ADI		İLÇE	
SOYADI		BUCAK	
BABA ADI		KÖY	
CİNSİYETİ		MAHALLE	
DOĞUM TARİHİ		CSBM (Cd. Sk. Blv. Meyd.)	
DOĞUM YERİ		DIŞ KAPI NO	
MESLEĞİ		İÇ KAPI NO	

HASTALIK DURUMU		BEYAN ADRESİ	
HASTALIĞIN ADI		ADRES TİPİ	
HASTALIĞIN KODU		İL	
VAKA TİPİ	☐ Şüpheli Vaka ☐ Olası Vaka ☐ Kesin Vaka	İLÇE	
BELİRTİLERİN BAŞLAMA TARİHİ	/...../20.....	BUCAK	
VAKA DURUMU	☐ Sağ ☐ Ölü	KÖY	
		MAHALLE	
		CSBM (Cd. Sk. Blv. Meyd.)	
		DIŞ KAPI NO	
		İÇ KAPI NO	
		İRTİBAT TELEFONU	

İMZA

...../...../ 20.....

(ACELE)



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

FORM 014-D

GRUP D ENFEKSİYON ETKENLERİ BİLDİRİM FİŞİ

BİLDİRİM YAPAN KURUM

BİLDİRİM YAPAN KİŞİ

İLİ:

ADI:

İLÇESİ:

SOYADI:

KURUM ADI:

ÜNVANI-BRANŞI:

HASTANIN KİMLİK BİLGİLERİ:	
Cinsiyeti	☐ E ☐ K
T.C. Kimlik No:	
Adı:	
Soyadı:	
Doğum Tarihi :	.../.../...
Mesleği:	
HASTANIN İKAMET BİLGİLERİ:	
İli:	
İlçe:	
Bucak:	
Köy:	
Mahalle:	
CSBM: (Cd. Sk. Biv. Meyd.)	
Dış Kapı No:	
İç Kapı no:	
İrtibat Telefonu	

MİKROBİYOLOJİK İNCELEMEDE SAPTANAN GRUP D ENFEKSİYON ETKENİ/HASTALIK				
A. Dışkı örneği incelemesinde izole edilen/gösterilen etken				
<i>Shigella</i>	☐ sonnei	☐ boydii	☐ flexneri	☐ dysenteriae
<i>Salmonella</i>	☐ typhi	☐ paratyphi-A	☐ Paratyphi-B	☐ paratyphi-C
	☐ O4 (B)	☐ O7 (C1)	☐ O8 (C2-C3)	☐ O9 (D1)
	☐ O9,46(D2)	☐ O3,10 (E1)	☐ O1,3,19 (E4)	☐ O13 (G)
	☐ O18(K)	☐ Diğer :		☐ tiplendirilmedi
EHEC	☐ O157:H7	☐ VT1 pozitif	☐ VT2 pozitif	
	☐ Diğer :			
<i>Campylobacter</i>	☐ jejuni	☐ coli	☐ Diğer :	
<i>Yersinia</i>	☐ pseudotuberculosis		☐ enterocolitica	
	☐ Diğer :			
Diğer	☐ <i>Listeria monocytogenes</i>		☐ <i>Entamoeba histolytica</i>	
	☐ <i>Cryptosporidium sp</i>		☐ <i>Giardia intestinalis</i>	
	☐ <i>Norovirus</i>		☐ <i>Rotavirus</i>	
B. Ürogenital sistem örneklerinde;				
☐ <i>Chlamydia trachomatis</i>		(Teknik: ☐ DFA/ELISA ☐ Kültür ☐ PCR/LCR)		

İMZA

Ek 7. Bulaşıcı Hastalıklar Bildirim Sistemi Sınıflandırma Tablosu

GRUP A HASTALIKLAR	D86/A	D86/B	Form 017/A	Form 014	Form 021	ASM ↓ HSM	HSM ↓ THSK	İhbar
1. AIDS	Günlük			Günlük		Kesin	Kesin	+
2. AKUT KANLI İSHAL			Aylık	Günlük				+
3. BOĞMACA			Aylık	Günlük		Olası / Kesin	Olası / Kesin	+
4. BRUSELLOZ			Aylık	Günlük		Olası / Kesin	Kesin	
5. DİFTERİ			Aylık	Günlük		Olası / Kesin	Kesin	+
6. GONORE			Aylık	Günlük		Olası / Kesin	Kesin	+
7. HIV ENFEKSİYONU		Günlük		Günlük		Kesin	Kesin	+
8. KABAKULAK			Aylık	Günlük		Olası / Kesin	Kesin	+
9. KIZAMIK			Aylık	Günlük		Olası / Kesin	Olası / Kesin	+
10. KIZAMIKÇIK			Aylık	Günlük		Kesin	Kesin	+
11. KOLERA			Aylık	Günlük		Olası / Kesin	Kesin	+
12. KUDUZ/K. RİSKLİ TEMAS			Aylık	Günlük		Olası / Kesin	Olası / Kesin	+
13. MENİNGOKOKKAL HAST.			Aylık	Günlük		Olası / Kesin	Kesin	+
14. NEONATAL TETANOZ			Aylık	Günlük		Olası / Kesin	Kesin	+
15. POLİOMİYELİT			Aylık	Günlük		Olası / Kesin	Olası / Kesin	+
16. SİTMA			Aylık	Günlük		Kesin	Kesin	+
17. SİFİLİZ			Aylık	Günlük		Kesin	Kesin	+
18. ŞARBON			Aylık	Günlük		Olası / Kesin	Kesin	
19. ŞARK ÇIBANI			Aylık	Günlük		Kesin	Kesin	
20. TETANOZ			Aylık	Günlük		Kesin	Kesin	
21. TİFO			Aylık	Günlük		Olası / Kesin	Olası / Kesin	+
22. TÜBERKÜLOZ				Günlük	Aylık	Kesin	Kesin	
23. VİRAL HEPATİTLER			Aylık	Günlük		Olası / Kesin	Kesin	+



: Vaka Tespit edildiğinde İVEDİ ihbarı yapılacak



: Salgın durumunda İVEDİ ihbarı yapılacak.



: Özel durum arz eden kişilerde görüldüğü durumlarda İVEDİ ihbarı

GRUP B HASTALIKLAR	Form 017/B	Form 014	Sağlık Kurumları ↓ Sağlık Müdürlüğü Sağlık Bakanlığı	Sağlık Müdürlüğü ↓ Sağlık Bakanlığı	İhbar Bildirim
1. ÇİÇEK	Aylık		Olası / Kesin	Olası / Kesin	+ telefon, faks, birebir
2. EPİDEMİK TİFÜS	Aylık		Olası / Kesin	Olası / Kesin	+ telefon, faks, birebir
3. SARI HUMMA	Aylık		Olası / Kesin	Olası / Kesin	+ telefon, faks, birebir
4. VEBA	Aylık		Olası / Kesin	Olası / Kesin	+ telefon, faks, birebir

+ : Vaka Tespit edildiğinde İVEDİ (TELEFON, FAKS, BİREBİR GİDİLEREK) ihbarı yapılacak

GRUP C HASTALIKLAR	Lepra çalışma cetveli Trahom Çalışma Çizelgesi	Form 017/C	Form 014	Tanımlanan Sağlık Kurumları ↓ İlçe Grup Başkanlığı Sağlık Müdürlüğü	Tanımlanan Sağlık Kurumları	Sağlık Müdürlüğü ↓ Sağlık Bakanlığı	İhbar
1. AKUT HEMORAJİK ATEŞ SEND.		Aylık	Günlük	Olası / Kesin	Enfeksiyon hastahkları kliniği bulunan Hastaneler	Olası / Kesin	+
2. CREUTZFELDT- JACOB HAST		Aylık	Günlük	Olası / Kesin	Eğitim ve Araştırma Hastaneleri	Olası / Kesin	
3. EKİNOKOKKOZ		Aylık	Günlük	Kesin	Yataklı tedavi kurumlarından	Kesin	
4. HEAMOPHILUS INFLUENZA (Hib) MENENJİTİ		Aylık	Günlük	Kesin	Yataklı tedavi kurumlarından	Kesin	
5. İNFLUENZA		Aylık	Günlük	Kesin	Eğitim ve Araştırma Hastaneleri (Ankara, İstanbul, İzmir, Antalya, Diyarbakır, Erzurum, Trabzon, Adana, Samsun)	Kesin	+
6. KALA-AZAR [VISCERAL LEISH.]		Aylık	Günlük	Kesin	Eğitim ve Araştırma Hastaneleri	Kesin	
7. KONJENİTAL RUBELLA		Aylık	Günlük	Olası / Kesin	Yataklı tedavi kurumlarından	Kesin	
8. LEJYONER HASTALIĞI		Aylık	Günlük	Olası / Kesin	Yataklı tedavi kurumlarından	Kesin	+
9. LEpra	Aylık/ 6 Aylık			Kesin	Lepra Hastaneleri veya merkezleri (İstanbul, Ankara, Elazığ)	Kesin	
10. LEPTOSİPIROZ		Aylık	Günlük	Olası / Kesin	Enfeksiyon hastahkları kliniği bulunan Hastaneler	Kesin	+
11. SUBAKUT SKLEROZAN PANENSEFALİT (SSPE)		Aylık	Günlük	Kesin	Nöroloji, Enfeksiyon ve Çocuk Sağlığı kliniği bulunan hastaneler	Kesin	
12. ŞİSTOZOMİYAZ		Aylık	Günlük	Kesin	Eğitim ve Araştırma Hastaneleri	Kesin	
13. TOKZOPLAZMOZ		Aylık	Günlük	Kesin	Yataklı tedavi kurumlarından	Kesin	
14. TRAHOM	Aylık/3 Aylık		Günlük	Kesin	Trahom Kontrol Programı Uygulanan İller	Kesin	
15. TULAREMİ		Aylık	Günlük	Olası / Kesin	Enfeksiyon hastahkları kliniği bulunan Hastaneler	Kesin	+



: Vaka Tespit edildiğinde İVEDİ ihbarı yapılacak



: Salgın durumunda İVEDİ ihbarı yapılacak

GRUP D ENFEKSİYÖZ AJAN	Enfeksiyon etkenleri bildirim fişi	Form 017/D	Tanımlanan Sağlık Kurumları Laboratuvarları ↓ İlçe Grup Başkanlığı Sağlık Müdürlüğü	Tanımlanan Sağlık Kurumları Laboratuvarları	Sağlık Müdürlüğü ↓ Sağlık Bakanlığı	İhbar
1. <i>CAMPYLOBACTER JEJUNI</i>	Günlük	Haftalık Aylık	Kesin / haftalık	Ülke genelinde hizmet veren Yataklı tedavi kurumlarının laboratuvarları	Kesin / aylık	
2. <i>CHLAMYDIA TRACHOMATIS</i>	Günlük	Haftalık Aylık	Kesin / haftalık	Ülke genelinde hizmet veren Yataklı tedavi kurumlarının laboratuvarları	Kesin / aylık	+
3. <i>CRYPTOSPORIDIUM SP</i>	Günlük	Haftalık Aylık	Kesin / haftalık	Ülke genelinde hizmet veren Yataklı tedavi kurumlarının laboratuvarları	Kesin / aylık	+
4. <i>ENTAMOEBAS HISTOLYTICA</i>	Günlük	Haftalık Aylık	Kesin / haftalık	Ülke genelinde hizmet veren Yataklı tedavi kurumlarının laboratuvarları	Kesin / aylık	+
5. <i>ENTEROHEM. E.COLI</i>	Günlük	Haftalık Aylık	Kesin / haftalık	Ülke genelinde hizmet veren Yataklı tedavi kurumlarının laboratuvarları	Kesin / aylık	+
6. <i>GIARDIA INTESTINALIS</i>	Günlük	Haftalık Aylık	Kesin / haftalık	Ülke genelinde hizmet veren Yataklı tedavi kurumlarının laboratuvarları	Kesin / aylık	
7. <i>SALMONELLA SP.</i>	Günlük	Haftalık Aylık	Kesin / haftalık	Ülke genelinde hizmet veren Yataklı tedavi kurumlarının laboratuvarları	Kesin / aylık	+
8. <i>SHIGELLA SP.</i>	Günlük	Haftalık Aylık	Kesin / haftalık	Ülke genelinde hizmet veren Yataklı tedavi kurumlarının laboratuvarları	Kesin / aylık	+



: Salgın durumunda İVEDİ ihbarı yapılacaktır.



: Özel durum arz eden kişilerde görüldüğü durumlarda İVEDİ ihbarı

Ek 8. Konu Başlıklarına Göre Bildirime Esas Bulaşıcı Hastalıklar Listesi

Konu Başlıklarına Göre Bildirime Esas Bulaşıcı Hastalıklar Listesi (46)

1. Aşı ile önlenabilir hastalıklar Boğmaca Difteri Kabakulak Kızamık Kızamıkçık [Rubella] Konjenital Rubella Tetanoz Neonatal Tetanoz Çocuk felci [Poliomyelitis] Çiçek Haemophilus influenza Tip b [Hib] Menenjit Influenza 2. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar Chlamydia trachomatis enfeksiyonları Gonore Sifiliz AIDS (kazanılmış immün yetmezlik sendromu) HIV enfeksiyonu (insan immün-yetmezlik virüsü enfeksiyonu) 3. Viral hepatitler Hepatit A, Hepatit B, Hepatit C, Hepatit D, Hepatit E 4. Gıda ve su kaynaklı hastalıklar ve zoonozlar Botulismus Bruselloz Campylobacter jejuni/coli [Campylobacter sp enfeksiyonu] Enterohemorajik E.coli [EHEC] enfeksiyonu Kolera Leptospiroz Listeria monocytogenes enfeksiyonu	Shigella sp enfeksiyonu Salmonella sp enfeksiyonu [non-tifoidal salmonelloz] Salmonella Typhi enfeksiyonu [Tifo; enterik ateş] Akut kanlı ishal Şarbon Tularemia Veba [Plague] Yersinia sp enfeksiyonu [Yersiniosis] Trişinoz Ekinokokkoz Cryptosporidium sp enfeksiyonu Giardia intestinalis enfeksiyonu Entamoeba histolytica [amipli dizanteri etkeni olarak] Kala-azar [viseral leishmaniasis] Şark Çıbanı [kutanöz leishmaniasis] Şistozomiyaz [üriner] Sıtma [Malaria] Tokso plazmoz Kuduz ve Kuduz Riskli Temas Viral Hemorajik Ateş Sendromu Sarı humma Epidemik Tifüs Q-ateşi 5. Solunum (hava) yolu ile bulaşan hastalıklar Lejyoner hastalığı [legionellosis] Meningokokkal hastalık Tüberküloz Pnömonokok enfeksiyonları 6. Diğer hastalıklar Varyant Creutzfeldt-Jakob's hastalığı Lepra Trahom
--	---

SON SÖZ



“Aile hekimi olmak ne demektir?

Bana göre aile hekimi olmak demek; hastalarımızla olan ilişkimizin koşulsuzluğudur. Bu ilişki sadece ölüm, coğrafi ayrılık veya tarafların rızası ile sona erer.”

Dr. Ian MCWHINNEY