



kadın doğum

JOURNAL OF OBSTETRICS and GYNECOLOGY dergisi

CİLT : 6
VOLUME:6

SAYI : 2
NUMBER:2

YIL: 2007
YEAR:2007

EDİTÖR

Doç.Dr.Ferit SARAÇOĞLU
editor@kadindogumdergisi.com

EDİTÖRLER KURULU

Prof.Dr.Kutay BİBEROĞLU, Üreme Endokrinolojisi ve İnfertilite
Doç.Dr.İsmail DÖLEN, Genel Jinekoloji
Prof.Dr.Gülay KURTAY, Menapoz
Prof.Dr.Esat ORHON, Androloji
Prof.Dr.Fırat ORTAÇ, Jinekolojik Onkoloji
Prof.Dr.Lütfü ÖNDEROĞLU, Maternal Fetal Tıp
Prof.Dr.Sinan ÖZALP, Jinekolojik Onkoloji
Prof.Dr.Önay YALÇIN, Ürojenekoloji

ISSN: 1304-1002

PERİNATOLOJİ VE ENDOKRİNOLOJİ DERNEĞİNİN YAYIN ORGANIDIR

Sahibi : Terminal Medikal Sistemler AŞ adına Sıtkı Saraçoğlu
Sorumlu Yazı İşleri Müdürü: Yasemin Saraçoğlu
Yayın Sekreteri : Dr. Uzey Yıldırım
Yönetim Yeri: Mithatpaşa Caddesi No 49/8 Yenışehir Ankara
Tel: (312) 435 4594 Fax: (312) 435 0357
Yayın Türü : Yerel Süreli
e-mail : info@kadindogumdergisi.com

Yayın Peryodu : Yılda 4 sayı olarak Mart, Haziran, Eylül, Aralık aylarında yayınlanır.
Bir yıllık abone ücreti (Posta dahil) 75 YTL (yurtiçi), 150 Euro (Avrupa)
Tek Sayı (Posta dahil) 25 YTL (yurtiçi), 40 Euro (Avrupa)
Abonman Şartları : Abone olmak için abone ücreti
Garanti Bankası Kızılay Şubesi (082) ,YTL. Hesap No: 6296325
EURO Hesap No: 9088625
hesabına yatırıp havale makbuzu yada fotokopisini fakslayınız
yada posta ile gönderiniz.

Baskı : Karaca Tanıtım Hizmetleri, Matbaacılık Kağ. Paz. ve Tic. Ltd. Şti.
Sümer 2 Sokak No:37/B Kızılay/Ankara Tel: 230 19 97
Tic. Sic. No: 233908

Basım Tarihi: Mart 2009

Reklam Tarifesi : Arka kapak (back cover) 2.000 YTL , Ön kapak içi (inside cover) 1.750 YTL,
Arka kapak içi (Inside of the back cover) 1.500 YTL ,1. sayfa (first page) 1.000 YTL ,
iç sayfalar (other pages) 750 YTL

Kadın Doğum Dergisinde yayımlanan yazılar, şekil, resim ve tablolar yayımcının izni olmadan kısmen yada tamamen basılamaz ,
fotokopi veya elektronik olarak çoğaltılamaz, yayınlanamaz, çoğaltılamaz ve satılamaz. Bilimsel amaçlarla kaynak olarak gösterilebilir.

İÇİNDEKİLER

Türkiye’ de Cinsel Temasla Bulaşan Hastalıklar.....	1365
Sağlık Bakanlığı-AB Üreme Sağlığı Projesi Kapsamında Hazırlanmış Rapordur	
Türkiye’ de Gebe ve Doğum Takibinde Ebenin Yeri ve Yetkileri.....	1406
Yara Bakımı.....	1415
Dr. Nihan Güneri Doğan	

HAKEM HEYETİ LİSTESİ

Prof. Dr. Cemalettin Akgüreş	Doç. Dr. Remzi Gökdeniz	Prof. Dr. Erdinç Özkinay
Doç. Dr. Tarık Aksu	Klk. Şefi Nimet Göker	Prof. Dr. Zafer Öner
Prof. Dr. Aytekin Altıntaş	Doç. Dr. Nermin Göğüş	Doç. Dr. Aydın Özşaran
Prof. Dr. Tansu Arasil	Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Görkemli	Doç. Dr. Semih Özeren
Prof. Dr. Macit Arvas	Prof. Dr. Bülent Gülekli	Prof. Dr. Kemal Öztekin
Doç. Dr. Yılmaz Atay	Prof. Dr. Talip Gül	Uz. Dr. Cihan Öztöpcü
Uz. Dr. Cemal Atalay	Prof. Dr. Haldun Güner	Prof. Dr. Recai Pabuccu
Doç. Dr. Ercan M. Aygen	Yrd. Doç. Dr. Sadettin Güngör	Prof. Dr. Cemal Posacı
Prof. Dr. Ali Ayhan	Doç. Dr. Berkan Gürakan	Prof. Dr. Feride Söylemez
Doç. Dr. Ruşen Aytaç	Prof. Dr. Timur Gürkan	Doç. Dr. Feride Şahin
Prof. Dr. Sevim Balcı	Prof. Dr. Rıfat Gürsoy	Prof. Dr. Yılmaz Şahin
Doç. Dr. Özcan Balat	Doç. Dr. Osman Haldundevelioğlu	Doç. Dr. Dursun Ali Şenses
Prof. Dr. İskender Başer	Prof. Dr. Hikmet Hassa	Prof. Dr. Turgay Şener
Doç. Dr. Merih Bayram	Doç. Dr. İsmail Mete İtil	Prof. Dr. Halis Şimşek
Prof. Dr. Yusuf Bayraktar	Prof. Dr. Sedat Kadanalı	Doç. Dr. M.Zeki Taner
Prof. Dr. Tugan Beşe	Doç. Dr. Ayşe Kafkaslı	Prof. Dr. Ömür Taşkın
Prof. Dr. Tufan Bilgin	Doç. Dr. Semih Kaleli	Prof. Dr. Erol Tavmergen
Prof. Dr. Lügen Cengiz	Uz. Dr. Murat Kalemli	Prof. Dr. A.Başar Tekin
Prof. Dr. Candan Cengiz	Prof. Dr. Mansur Kamacı	Prof. Dr. Zafer Selçuk Tuncer
Doç. Dr. Metin Çapar	Prof. Dr. Onur Karabacak	Doç. Dr. Cem Turan
Doç. Dr. Ali Çetin	Prof. Dr. Zehra Neşe Kavak	Prof. Dr. Mehpere Tüfekçi
Prof. Dr. M.Turhan Çetin	Prof. Dr. İ.Safa Kaya	Doç. Dr. Mustafa Uğur
Prof. Dr. M.Nedim Çiçek	Doç. Dr. Necip Kepkep	Prof. Dr. Mustafa Ulukuş
Prof. Dr. Mehmet Çolakoglu	Doç. Dr. Melahat Dönmez Kesim	Doç. Dr. Gürkan Uncu
Klk. Şefi İnci Davas	Prof. Dr. Yalçın Kimya	Doç. Dr. Bülent Urman
Doç. Dr. Fuat Demirci	Doç. Dr. İdris Koçak	Prof. Dr. Turhan Uslu
Doç. Dr. Süleyman Cansun Demir	Prof. Dr. Arif Kökçü	Doç. Dr. Orhan Ünal
Prof. Dr. Fuat Demirkan	Uz. Dr. Rifat Köse	Prof. Dr. Mine Üner
Prof. Dr. Namık Demir	Doç. Dr. Esra Kuşçu	Prof. Dr. Cihat Ünlü
Klk. Şefi Bayazıt Dikmen	Prof. Dr. M.Tezer Kutluk	Prof. Dr. Mehmet Ali Vardar
Doç. Dr. Serdar Dilbaz	Doç. Dr. Tansu Küçük	Doç. Dr. Ömer Tarık Yalçın
Prof. Dr. Saffet Dilek	Prof. Dr. Mustafa Küçük	Prof. Dr. Atilla Yıldırım
Prof. Dr. Uğur Dilmen	Prof. Dr. Rıza Madazlı	Uz. Dr. Uzun Yıldırım
Prof. Dr. Tekin Durukan	Doç. Dr. Tamer Mungan	Prof. Dr. Hüseyin Yılmaz
Uz. Dr. Tamer Ecer	Doç. Dr. İptisam İpek Müderris	Uz. Dr. Nafiye Yılmaz
Prof. Dr. Mithar Erenus	Prof. Dr. Ergün Onur	Uz. Dr. Ayçağ Yorgancı
Doç. Dr. Ali Ergün	Doç. Dr. Özyay Oral	Prof. Dr. Murat Yurdakök
Prof. Dr. İlhan Erkan	Doç. Dr. Engin Oral	Doç. Dr. Mehmet Ali Yüce
Prof. Dr. Oktay Erten	Doç. Dr. Havva Oral	Doç. Dr. Hulusi Bülent Zeyneloğlu
Doç. Dr. Elif Gül Yapar Eyi	Prof. Dr. Esat Orhon	
Doç. Dr. Orhan Gelişen	Prof. Dr. Fatma Tuncay Özgünen	

YAZARLARIN DİKKATİNE

1-Kadın Doğum Dergisi yılda 4 kez olmak üzere üç ayda bir yayınlanır. Kadın Hastalıkları ve Doğum biliminin her alanında (üreme endokrinolojisi, jinekolojik onkoloji, maternal fetal tıp, ürojinekoloji, infertilite ve yardımcı üreme teknikleri , menapoz, çocuk ve adolesan jinekolojisi, androloji, cinsel fonksiyonlar vs) ya da kadın doğumu ilgilendiren diğer tıbbi konulardaki derleme (güncel konuların yeni literatürlerin ve yazarın kendi tecrübelerinin ışığında incelendiği yazılar) , deneysel ve klinik araştırmalar , vaka takdimleri yayın için kabul edilir.

2-Yazılar Kadın Doğum Dergisi yayın kurulu başkanlığına beyaz kağıdın tek yüzüne yazılarak 3 kopya+1 disket (1.4MB, 3.5”) halinde gönderilecektir. Disketteki kayıt Mikrosot Word formatında 12 punto , çift satır aralıklarıyla , ariel tarzında , sol yanından 3 cm sağ yanından 2 cm boşluk bırakılarak yazılmış olacaktır. Her sayfa numaralanmalıdır.

Yazıların ya da resimlerin kayıbından dergi sorumlu tutulamaz. Bu nedenle araştırmacıların yazının ve resimlerin bir kopyasını kendilerinde bulundurmaları uygundur.

3- Dergide yazılar Türkçe olarak yayınlanır. Yazılarda mümkün olduğunca Türkçe tıbbi terimlerin kullanılması yayın kurulunca desteklenmektedir.

4- Bütün yazılarda aşağıdaki sıra gözetilmelidir.

- a- Konunun Türkçe başlığı,
- b- Yazarların ve araştırmacıların isimleri sıra ile başlık altına gelecek şekilde , ilk isimden başlayarak yazılmalı, yazarların görev yeri , bilim dalı, bölüm ve enstitüsü ile şehir ve ülke adresleri ve elektronik posta adresleri (birinci yazarın) açık olarak ilk sayfanın altına konulmalıdır.
- c- Konunun yabancı dilde (İngilizce) başlığı,
- d- Türkçe ve İngilizce , 150 kelimeyi geçmemek üzere özet,
- e- Her yazı için Türkçe ve yabancı dilde özeti sonunda beşi geçmemek üzere anahtar kelime konulur.
- f- Giriş
- g- Materyal ve Metod
- h- Bulgular
- i- Tartışma
- j- Kaynaklar

Kaynak numaraları metin içerisinde geçiş sırasına göre verilmeli , kaynak numarası parantez içerisinde gösterilmelidir. Aslı görülmeden diğer bir kaynak aracılığıyla bilgi edinilen makaleler mümkünse kaynaklar arasına alınmamalı , zorunlu hallerde ise bilgi alınan ara kaynak parantez içinde belirlenmelidir. Kaynakta alfabetik sıralama yapılmaz. Alınan materyalin kaynağına uygunluğu sorumluluğu yazara aittir. Yazarlar tüm kaynakları yazı içinde göstermelidir.

Dergilerin isimleri Index Medicus'a uygun olarak kısaltılmış biçimde verilmelidir. Index'de geçmeyen dergilere kısaltma yapılmaz. Yazarlar sıralanırken 6 yazardan sonrası için “ ve ark.” Yazılmalıdır.

Örnek :

Karlık İ, Kesim M, Erol M. Fötal solunum hareketleri ile erken doğum eyleminin izlenmesi . Kadın Doğum Dergisi 1995; 11(1) : 8-11.

Kitaplardan alınan bölümler için

DiSaia PJ, Creasman WT. Invasive cervical cancer . DiSaia PJ , Creasman WT (Ed). Clinical Gynecologic Oncology .Saunders Yayınevi, Beşinci baskı, New York 1997; 51-106

Çok yazarlı kitaplardan alınan bölüm için;

Önderoğlu L. Fetal İnvaziv Girişimler. Saraçoğlu F (editör), Fetal Tanı ve Tedavi, Güneş Yayınevi, Ankara 1988, 359-76.

5- Dergide yayınlanmak üzere gönderilen yazıların daha önce başka yerde yayınlanmamış veya yayınlanmak üzere gönderilmemiş olması gerekir. Bu durum yazarların imzası ile bir yazı şeklinde belirtilmelidir . Daha önce kongrede tebliğ ve özeti yayınlanmış çalışmalar , bu husus belirtilmek üzere kabul edilebilir. Yayın için gönderilmiş çalışmalarını gecikme veya diğer bir nedenle başka bir yerde bastırmak isteyen yazarların Yayın Kuruluna yazılı olarak bilgi vermeleri gerekir. Yayın Kurulu dergi için gönderilmiş yazılarda makale sahiplerinin bu maddeyi kabullendiklerini varsayar.

6- Dergide yayınlanacak yazılar metin , şekil, tablo, kaynakça dahil 15 sayfa , vaka takdimleri ise 5 sayfa geçmemelidir.

7- Tablo , çizelge ve resimlerin alt yazı ve (veya) başlıkları metinden ayrı bir kağıda yazılarak hazırlanmalıdır. Çizelge ve şekiller de 3 kopya olarak gönderilmeli ve aynı zamanda diskette de yer almalıdır. Siyah beyaz fotoğraflar parlak kağıda basılmış olmalıdır. Resimlerin arka yüzleri metinde geçiş sırasına göre numaralanmalı, yazarın adı ve ayrıca üst kenarları bir okla belirtilmelidir. Bu işlem kurşun kalemle bastırılmadan yapılmalıdır.

8- Ayrı baskı isteyen yazarlara istendiği takdirde ücreti karşılığında gönderilebilir. Ayrı basım talepleri önceden bildirilmelidir.

9- Renkli basılması istenen resimlerin ilave baskı giderleri yazarlara aittir.

10- Herhangi bir araştırma yazısında , araştırmayı destekleyen veya yürüten kurum ve kuruluşlar hakkında bilgi yazının sonunda verilmeli, kurum veya kuruluşun tam adı ve desteklenen projenin numarası yazılmalı , bu konudaki bilgiler ve teşekkür 4 satırı geçmemelidir.

11- Kısaltmalar, ilk kullanıldıkları zaman, parantez içinde açık yazılır. Özel kısaltmalar kullanılmaz. Yazı başlığında kısaltma kullanılmamalıdır.

12- Metin içerisinde geçen ilaçların ticari ismi yerine generik isimleri , bu ilaç ya da cihaz ülkemizde ilk kez uygulanıyorsa verilebilir.

13- Kurallara uymayan yazılar kabul edilmez, telif hakkı ödenmez. Basılması uygun görülmeyen yazılar iade edilmez. Yayın Kurulu gönderilen yazıda yazının bilimsel içeriğine dokunulmadan- uygun gördüğü değişiklikleri yapabilir. Araştırma yazılarına derleme yazılarına göre öncelik tanınır.

Özet Örneği

Klinik ve deneysel araştırma yazılarında özetler aşağıdaki düzende , her biri birer paragraf olarak dört alt başlık (1- Amaç / Objectives 2- Materyal ve Metod / Materials and Methods 3- Bulgular /Results 4- Sonuçlar /Conclusions) altında yazılmalıdır. Beşinci olarak anahtar kelimeler (Key Words) yazılacaktır. Özet yazımında genel bilgiler ve referanslara yer verilmeyecek , anlaşılması güç kısaltmalar kullanılmayacaktır. İstatistiksel testlerle desteklenmedikçe yorum yapmaktan, yuvarlak ve asalak cümlelerden kaçınılacaktır. Cümlelerde dilbilgisi olarak geçmiş zaman kullanılacaktır. Derleme özetleri, ana hatları ile özetleyen şekilde ve 150 kelimeyi geçmeyen düz yazı şeklinde olmalıdır.

Örnek

Özet:

Amaç: Gebelikte asemptomatik bakteriüri ve postpartum endometrit arasındaki ilişkiyi araştırmak.

Materyal ve Metod: Rastgele seçilmiş 132 gebeden doğum öncesi , orta idrarı kültür yapmak amacıyla alındı. Son bir ayda antibiyotik kullanan , infeksiyon bulguları olan ve operatif doğum uygulanan olgular çalışmaya alınmadı. 1 ml idrarda 10^5 bakteri varlığı bakteriüri olarak değerlendirildi. Tüm olgularda doğumdan 48 saat sonra endometrial sürüntüden kültür yapıldı. 38°C üzeri ateş , uterin hassasiyet , kötü kokulu loşi ve pozitif kültür endometrit olarak değerlendirildi.

Bulgular : Asemptomatik bakteriüri saptanan 14 olgunun 9 tanesinde endometrit saptandı.

Sonuçlar : Vajinal doğum yapan olgularda intrapartum bakteriüri postpartum endometrit ile anlamlı şekilde ilişkiliydi ($p<0.001$).

Anahtar Kelimeler: Asemptomatik bakteriüri, postpartum endometrit.

Abstract :

Objective : The association between asymptomatic bacteriuria and postpartum endometritis in pregnant women was assessed.

Materials and Methods: Midstream urine was taken for bacterial culture from randomly selected 132 pregnant women in labor. Excluding criteria were antibiotic usage in the last month, Existence of a clinical infectious disease ,and operative delivery. Existence of 10^5 bacteria in one mililiter urine was accepted as bacteriuria. Also endometrial swab for bacterial culture was taken from these cases ,48 hours after delivery. The diagnosis of endometritis was based on a temperature greater than 38°C , uterine tenderness, malodor in lochia and positive culture.

Results: Postpartum endometritis developed in 9 of the 14 women who diagnosed asymptomatic bacteriuria .

Conclusions: Intrapartum bacteriuria was significantly associated with postpartum endometritis in women delivering vaginally ($p<0.001$).

Key Words : Asymptomatic bacteriuria , Postpartum endometritis.

YAZIŞMA ADRESİ

KADIN DOĞUM DERGİSİ

Mithatpaşa Caddesi No 49/8 , Yenışehir Ankara 06420

Tel : (312) 435 4594 , Fax: (312) 435 0357

e-mail: editor @kadindogumdergisi.com

Lütfen yazılarınızla birlikte aşağıdaki formu da doldurup yollayınız.

KADIN DOĞUM DERGİSİ

Tarih :

Kayıt No :

Makale Başlığı :

Sayın Editör

Yayınlanması dileğiyle Kadın Doğum Dergisine gönderdiğimiz makalenin yazarları olarak bu çalışmanın ;

- 1-Bilimsel ve etik sorumluluğunun tarafımız ait olduğunu,
- 2- Daha önce yurt içinde ve yurt dışında Türkçe veya yabancı bir dilde yayınlanmadığını ,
- 3- Başka bir yayın organına yayınlanmak üzere gönderilmediğini,
- 4- Tüm yayın haklarının Kadın Doğum Dergisine ait olduğunu,
- 5- Diğer yazarlara ulaşılamaması halinde, tüm yazarların çalışmadan haberdar olduklarını ve diğer yazarların sorumluluklarını , yazışma yazarı olarak, üzerine aldığımı kabul ve beyan ederim.

Not: Lütfen mürekkepli kalemle okunaklı ve eksiksiz olarak doldurup imzalayınız.

.....
İmza

Yazışma Yazarı :

Adresi :

Tel:

Faks:

e-mail:

Kadın Doğum Dergisinin bu sayısında hocam Doç. Dr. Ferit Saraçoğlu benim TUS sınavlarında gelinen nokta ve yeni açılımlar olup olmayacağı konusunda sizleri bilgilendirmemi istediler. Bir süredir TUS sınavlarını yakından izleyen bir uzman olarak bu teklifi sevinerek kabul ettim.

Her yıl, Türkiye'de sayısı 50'yi aşan tıp fakülteleri yaklaşık 5.000 ila 6.000 doktor mezun vermektedir. Mezuniyet sonrası pratisyen hekimlerin önlerinde iki yol bulunur. Bunlardan ilki Eylül ve Nisan aylarında olmak üzere yılda iki kez ÖSYM tarafından merkezi olarak yapılan Tıpta Uzmanlık Sınavını (TUS) kazanarak bir branş üzerinde asistanlık eğitimine başlamak; diğeri ise TUS'nın başılamaması durumunda mecburi hizmet yükümlülüğünü yerine getirmektir.

Sağlıkta Avrupa Birliğine uyum projeleri kapsamında 70 milyon nüfusa sahip olan ülkemizde her 2.500 kişiye bir aile hekimi istihdam etme kararı alınmıştır. Nüfusumuz göz önünde bulundurulduğunda Türkiye'de yaklaşık 30 bin Aile hekimine ihtiyaç vardır. Ancak bugüne kadar TUS'da Aile hekimliği branşını seçerek ihtisas yapan ve bu dalda uzman olan Aile hekimliği uzman sayısı birkaç bin ile sınırlıdır. Her yıl iki kez yapılan TUS'da toplam 500 Aile Hekimliği kadrosu açıldığı göz önüne alınırsa ihtiyaç duyulan Aile Hekimlerinin tamamlanması yaklaşık 50 yıllık bir süre gerektirecektir ki nüfus artışı da göz önüne alınırsa bu sürenin daha da uzaması muhtemeldir. Bu nedenle açığın kapatılması için proje kapsamında seçilen bazı pilot illerde pratisyen hekimlerin bir eğitim modülünden geçirildikten sonra Aile hekimi yapılmalarına başlanmış ve bu uygulamanın 2009 yıl sonu itibarıyla 81 ili kapsayarak 2011 yılı sonunda tamamlanması kararlaştırılmıştır.

Bu uygulama gerek mevcut pratisyen hekimler için gerekse yeni mezun olan hekimler için TUS'da başarılı olunamasa da alternatif bir seçenek oluşturmıştır. Özellikle Aile hekimliğinin maddi açıdan daha avantajlı olması ve asistanlık eğitiminin 5 yıl zahmetli bir süreç gerektiriyor olması birçok pratisyen hekimin uzmanlık hevesinden uzaklaştırmaya başlamıştır. Ancak uygulamanın 2011 yılında sona erecek olması ile eğer hedeflenen Aile Hekimi sayısına ulaşırsa, bu dönemden sonra hekimlerin önünde sadece bir seçenek olarak uzman doktor olmak yani TUS'ı kazanmak kalacaktır. Bu da ÖSYM tarafından yapılan TUS'nın önemini daha da arttıracaktır.

İlki 1987 Eylül ayında uygulamaya konulan TUS ile hekimler merkezi bir sınavdan geçirilerek uzmanlık dalında ihtisas yapmaya hak kazanmaktadırlar. Sınav içerik olarak bir dil ve bir de bilim sınavından oluşmaktadır. Dil sınavı 100 soru içermekte ve Cumartesi günü uygulanmaktadır. Dil sınavını geçen adaylar, Pazar günü bilim sınavına alınmaktadırlar. Bilim sınavı içerik olarak 100 Temel Bilimler ve 100 Klinik Bilimler olmak üzere toplam 200 sorudan oluşmaktadır. Bugüne kadar 22 yılda yapılan toplam 43 TUS bu şekilde uygulanmıştır.

Son yıllarda sınava giren aday sayısının 15 bin civarına gelmesi ve bu adaylardan Nisan ayı sınavında 2 bin ve Eylül ayı sınavında da 4 bin adayın bir uzmanlık dalına yerleştirilebiliyor olması TUS'nın seçiciliğini giderek azaltmıştır. Teknik olarak bakıldığında son yapılan Eylül 2008 TUS'da en çok tercih edilen branşlar arasında olan Göz Hastalıkları için 112 kadro; Kardiyoloji için 131 kadro; Deri ve Zührevi Hastalıklar için 79 kadro; Kadın Hastalıkları ve Doğum için de 176 kadro açılmıştır. Bu durumda Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanı olmak isteyen bir adayın sınava giren 15 bin aday arasında yaklaşık olarak ilk 350 ila 500 arasına girmesi gerekmektedir. Bu sınavın sonuçlarına bakıldığında 68 ile 69 puan alan 2 aday arasında yaklaşık 150 adayın yer aldığı görülmektedir. Bu iki aday da Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanı olmak isteseler 69 puan alan bu tercihini kazanabilecek ama 68 puan alan kazanamayabilecektir. Bu kadar dar bir puan aralığında bu kadar çok adayın yer almasının temel nedeni ise sorulan soru sayısının azlığı ve soruların bilgi ölçme düzeylerinin yeterli olmamasıdır.

Özellikle; yeni Tıp fakültelerinin açılıyor olması, önümüzdeki dönemlerde yeni mezun sayısının artmasına ve pratisyen hekimlerin de 2012 yılı itibarıyla Aile hekimliğine geçemeyecek olmaları sonucunda, sınava başvuracak aday sayısının 20 bin seviyesini aşması beklenebilir. Bu durumda TUS'da başarılı olmak sadece bilgiye değil şans faktörlerine de bağlı hale gelecektir.

Tıpta uzmanlık sınavının kaldırılması kesinlikle doğru bir yaklaşım değildir. Ancak sınavın daha itina ile hazırlanması ve düzgün bir şekilde edite edilmesi gereği de çok açıkça ortadadır.

Sınavla ilgili ele alınması gereken en önemli değişikliğin soru sayısının arttırılması olmalıdır. Mevcut sistemde sorulan 200 soru artık adaylar arasındaki farkı ortaya koyamamakta ve aday bir anlık dalgınlık veya dikkatsizlik ile sınavda başarısız olabilmektedir. Ayrıca 6 yıl gibi uzun süren bir eğitiminin sadece 200 soru ile ölçölmesi de artık çağ dışı kalmıő bir uygulamadır. Buna en güzel örnek ABD’de uygulanan ve sürekli çağın gerekliliğine göre yenilenen USMLE sınavıdır. Bu sınav 350 sorudan oluşan Step 1 (Temel Bilimler), 370 sorudan oluşan Step 2 (Klinik Bilimler), 12 hasta modelinden oluşan Step 2 (Klinik beceri) ve 480 sorudan oluşan Step 3 den oluşmaktadır. USMLE sınavının Step 1’ne adaylar Tıp Faköltesi 2. döneminden sonra istedikleri zaman girebilmektedirler. Bu sınavda başarılı olanlar ise Step 2 ve Step 3 sınavına girmeye hak kazanmaktadırlar.

Buna benzer bir sınav aynı şekilde ölkemizde TUS’nın yerine uygulanabilir. Bir örnek model şu şekilde oluőturulabilir. Her yıl ÖSYM tarafından belirlenecek bir tarihte örneğin Haziran ayının ikinci hafta sonu, merkezi bir sınavla dönem 3’ü tamamlayan Tıp Faköltesi öğrencileri 250 sorudan oluşan Temel Bilimler sınavına tabi tutulurlar. Bu sınavda başarılı olan öğrenciler Klinik Bilimler sınavına girmeye hak kazanmış olurlar. Temel Bilimler sınavını ilk giriőde veremeyen öğrenciler ise takip eden yıllarda bu sınavı girerek barajı geçmeye çalışırlar. Klinik Bilimler sınavı da 250 sorudan oluşur ve ÖSYM tarafından merkezi olarak Eylül ayının ikinci hafta sonunda uygulanır. Bu sınavı daha önce Temel Bilimler sınavında başarılı olan ve sınav tarihinde mezun olan veya mezuniyetlerine en fazla 4 ay kalan tüm tıp faköltesi öğrencilerinin katılmasına hak tanınır. Bu sınavda da baraj puanını aşan tüm fakölte öğrencilerine doktorluk diplomaları teslim edilerek Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde pratisyen hekim olarak çalışma hakkı tanınır. Böylece hangi Tıp Faköltesinden mezun olursa olsun tüm doktorların asgari bir eğitim noktasına ulaőmaları sağlanmış olacak ve Tıp Fakölteleri arasında da tatlı bir rekabet ortamı oluőturulmuő olacaktır.

Bir uzmanlık dalında ihtisas yapmak isteyen doktorlar daha önce elde ettikleri Temel Bilimler ve Klinik Bilimler puan ortalamalarına göre her yıl ÖSYM tarafından açıklanacak kadrolara başvururlar. Preklinik branş seçecek olan adaylar Temel Bilimler ve Klinik Bilimler sınavından elde ettikleri puanlar ile yerleştirilirken; Klinik branş seçmek isteyen adaylar ise Ekim ayı içinde 50 hasta modelinden oluşan (25 Dahili bilimler – 25 Cerrahi bilimler) son bir sınavı tabi tutularak, her 3 sınavda da elde ettikleri puana göre yerleőtirilirler.

Böyle kapsamlı bir sınavın da kaliteli olabilmesi için soru hazırlayıcıların yapmıő oldukları işin bilincinde olması ve gerçekten bir hekimde ne türlü bilgi donanımının olması gerektiğini iyi bilmeleri gerekmektedir. Ayrıca sınavda yer alacak soruların çıkacağı her bölüm için en az 2 en fazla 4 adet dünya tıbbında referans olarak kabul edilen kaynakların da ÖSYM tarafından belirlenmesi ve her dönem sınav kitapçıklarında adayların sorumlu olacakları bu referans kitaplar belirtilmelidir. Sınav sorularının sadece bu kaynaklar referans alınarak hazırlanması tüm soru hazırlayıcılara bildirilmeli ve sorulara gelebilecek itirazlarda sadece ÖSYM tarafından bildirilen bu referans kaynakların dikkate alınacağı da belirtilmelidir. Ayrıca ÖSYM nezdinde öğretim görevlilerinden en az 4 yıllığına seçilecek sabit bir editörler kurulu oluőturulmalı ve bu kurul tarafından soru bankasının gerek günümüz tıbbına gerekse ölkemizdeki gerçeklerine uygun olup olmadığı kontrol edilmelidir.

Bugün TUS ile yapılmaya çalışılan Türkiye gençlerinin %1-4’lük dilimine giren Tıp Faköltesi öğrencileri arasında 1 gün içinde 200 soru sorarak kendi içlerinde %10’luk dilim içine girip uzman olmalarını beklemektir. Bu sistem nedeniyle birçok iyi eğitimli öğrenci ya açıkta kalmakta ya da arzu ettiği uzmanlık dalını seçememektedir. Tüm bu uygulamalar ile ölkemizde daha kaliteli uzman doktorların sisteme girmesi sağlanmış olacaktır.

Türkiye’de daha sağlıklı bir nesil yaratmak için daha kaliteli uzman doktorlar yetiştirmek gerekiyorsa, bunun ilk adımının öncelikle doğru adayları bulmaktan geçtiğini unutmamız gerekir.

Uz.Dr.Cihan Öztöpu

TÜRKİYE'DE CİNSEL TEMASLA BULAŞAN HASTALIKLAR SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES IN TURKEY

**Sağlık Bakanlığı-AB Üreme Sağlığı Projesi Kapsamında Hazırlanmış Rapordur
Report : EU-The Ministry of Health of Turkey , The Reproductive Health Project**

Özet

Bu rapor AB-Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Türkiye Üreme Sağlığı Projesi kapsamında hazırlanarak yayınlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Cinsel Temasla Bulaşan Hastalıklar, Sifiliz, Gonore, AIDS, Türkiye

Abstract

This report is prepared for the Reproductive Health Project supported by EU-Ministry of Health of Turkey.

Key Words: Sexually Transmitted Disease, Syphilis, Gonorrhea, Turkey

Türkiye'de Cinsel Yolla Bulaşan enfeksiyonların Tarihçesi

Türkiye CYBE'nin önemi çok eskiden beri bilinmektedir (7, 62, 68, 75). Sifilizin İspanya'dan sürülen Musevi kadınların aracılığı ile önce Fas'a, oradan da doğu limanlarına bulaştığı ve bu yolla ülkemize geldiği kabul edilmektedir. Ancak ilk epideminin Kırım harbi ve Rus harbinden sonra özellikle Bolu ve Kastamonu civarında görüldüğüne dair kanıtlar vardır. Bizde bu hastalığa verilen isim Frenk hastalığı anlamına gelen frengiden gelmiştir. Türkiye'de zührevi hastalıklarla mücadelenin 1897 yılında başladığı kabul edilmektedir. Bu dönemde bir komisyon kurularak ülke çapında bir frengi mücadele raporu düzenlenmiştir. Bu arada Kastamonu ve Bolu bölgelerinde frengililerin çok olması nedeni ile bu bölgeler için özel bir nizamname düzenlenmiştir. Bu çalışmalarda katkısı büyük olan Prof. Dr. Ernst von Düring (Düring Paşa) Kastamonu, Bolu, Sinop ve İnebolu'daki hastanelerin yenilenmesi ve genişletilmesi, Çankırı, Bartın ve Düzce'de yeni frengi hastanelerinin açılması, hastanelerin birinci ve ikinci sınıf olarak ayrılması, ödeneklerinin genel bütçeden karşılanması, hastanelerde asker ve sivil hekimlerin bulunması, hastalara uygulanan cıva buharında tütsüleme gibi ampirik tedavi yöntemlerinin bırakılarak çağdaş tedavi yöntemlerine geçilmesi hususlarında önerilerde bulunmuştur. Bu dönemde hazırlanmış olan frengiyle mücadele nizamnamesi yeterince uygulanmamakla beraber önemli hükümler taşımaktadır. Nizamnamenin ilk maddesi şöyledir: “Resmi ve serbest tabipler, sağlık memurları, dış hekimleri ve ebeler tesadüf ettikleri frengileri, aile reisleri evlerindeki, mağaza ve dükkân sahipleri yanlarındaki, imam, papaz ve muhtarlar mahalle ve köylerindeki hastaları adları ve şöhretleri ile gecikmeksizin geçici tabiplere, bunların bulunmadığı yerde hükümet veya belediye tabiplerine, bunlar da yoksa jandarma komutanı veya mahalli hükümete ya da ihtiyar heyetine sözlü veya yazılı olarak bildirmeye mecburdur”. Türkiye Büyük Millet Meclisi kurulduktan sonra 1921 yılında çıkarılan 90 numaralı “Frengi Men ve Tehdidini Sirayet ve İntişarına Ait Kanun” ile bütün frengililerin devlet kuruluşlarınca parasız tedavisi yoluna gidilmiştir. Ayrıca 1925 yılında da bir “Frengi Tedavi Talimatnamesi” çıkarılmış, tedavi yöntemlerinde ve kullanılacak ilaçlarda beraberliğin sağlanması istenmiştir. Önce 90 numaralı, sonra Umumi Hıfzısıhha Kanunu'na göre Hükümet ve Belediye tabiplerine ve resmi kuruluşlara başvuran frengililer parasız tedavi edildikleri gibi, frengililerin kendilerini tedavi ettirmeleri de zorunlu tutulmuştur. Yine 1925 yılında kurulan özel frengi tarama ekipleri ve savaş kurulları ile hastalığın yoğun bulunduğu bölgelerde frengi ile savaş kampanyaları başlatılmıştır. Bu nedenle, özel mücadele teşkilatına da önem verilmiş ve ilk olarak 1925 yılında Sivas'ta, bunu izleyen yıllarda Hafik, Orhaneli, Ordu, Ünye, Fatsa, Şarkışla, Düzce, Çarşamba, Yıldızeli, Reşadiye, Tokat, İnebolu, Cide, Zonguldak, Bartın, Devrek, Safranbolu, Boyabat ve Ayancık'ta örgütler kurulmuştur. Bu örgütlerin kadrolarında bir uzman hekim idaresinde yeterli sayıda hekim, sağlık memuru bulundurulmuş, bazı kuruluşlara bir seroloji laboratuvarı ile laboratuvar şefi de eklenmiştir. Bu teşkilatın şubeleri 1925 yılında 19 iken 1963-1969 arasında 30 şube olmuş, 1970 yılından itibaren 24 şubede sabit tutulmuştur. Bu örgütlü şubelere ek olarak geçici görevli tedavi evleri kurulmuş önceleri sayısı 217 olan bu istasyonlar 1959-1970 arası 176 istasyonda dondurulmuştur. 1926-1947 yılları arasında sadece 6 ilimizde 2.247.561 kişi muayeneden geçirilmiş ve bunlardan 86.231 (%3.8) frengili bulunmuştur. Büyük şehirlerde veya gereken yerlerde hastaların gizlice kendilerini tedavi ettirmeleri için “Deri ve Tenasül Hastalıkları Tedavi Evleri” açılmıştır. Bunlar 1927 yılından önce Ankara ve İzmir'de çalışmaya başlamışlardır. İstanbul'da iki dispanser, 1931'de Çaycuma'da bir dispanser açılmıştır. Zührevi hastalıklarla savaş için Umumi Hıfzısıhha Kanunu'ndan sonra 1933 yılında “Fuhuşla ve Fuhuş

Yüzünden Bulaşan Hastalıklarla Mücadele Nizamnamesi”, 1934 yılında buna dayalı talimatnameler çıkarılmıştır. Frenginin kalıtsal bir hastalık olduğu düşüncesi ile daha 1913’lerde çıkarılan bir nizamname ile evlenecek olanların frengisiz olduğunu kanıtlayan bir sağlık cüzdanı göstermesi zorunluluğu getirilmiş; daha sonra Hıfzısıhha Kanunu ile bu, daha sağlam temellere dayandırılarak frengi, gonore (belsoğukluğu), yumuşak şankr, lepra, ruh hastalıkları ve tüberküloza yakalananların evlenmesi yasaklanmıştır. 1931 yılında çıkarılan “Evlenme Muayenesi Hakkında Tüzük” ile bu muayenenin kimler tarafından, ne şekilde yapılacağı, muayenelerde nelere dikkat edileceği saptanmıştır. 15.6.1938 tarihinde Frengi Tedavi Talimatnamesi kabul edilmiştir. Frengili hastaların tedavilerinde çağdaş yöntemlerden yararlanmak için bu talimatname sık sık gözden geçirilmektedir. Son yayımlanan yönetmelik frengi tedavisinde tek ilaç olarak penisilini önermiştir. Alerji hallerinde alınması gereken önlemler ve uygulanacak tedavilerden de bahsedilmektedir. Bakteriyolojik ve serolojik tanı yöntemlerini içeren bir de yönetmelik vardır. Ülkemizde CYBE’ler konusunda yapılan kapsamlı çalışmaların sayısı son 10-15 yıl içerisinde daha detaylandırılmış ve konuda yapılan yayınların sayısı hızla artmaya başlamıştır. Özellikle tanı yöntemlerinin hızla artmış olması ve bu konuda geliştirilmiş ticari kitlerin sayısına paralel olarak dünyadaki gelişmelerin Türkiye’de de paralel izlenmesi sonucu bu konuda epidemiyolojik veriler alınmaya başlanmış ve CYBE’lerin prevalans ve insidansı hakkında bilgiler ortaya çıkmaya başlamıştır (7, 15, 67, 68, 108).

Günümüzde CYBE hakkında bilgiler netlik kazanmış bulunmaktadır (7, 25, 26). Bu hastalıkların bıraktıkları sekeller, hastaya getirdiği ekonomik yükü bazılarının tedavi edilemez olması, kanserle ilişkileri ve kronik enfeksiyonların oluşturduğu sıkıntılar CYBE’lerde görülen risk faktörlerinin belirlenmesini gündeme getirmiştir (87). Özellikle uluslararası seyahatler CYBE’yi küresel bir sorun haline getirmiştir (5). HIV’in hızla yayılışı gibi nedenler plasmid aracılığı ile gonore’de direnç problemleri; İnsan Papilloma Virüsü/Herpes simplex tip2 kanser ilişkisi gibi sorunlar bu hastalıkları modern çağda güncel hale taşımaya başlamıştır (11, 111, 112). Servikal kanser etkeni olarak İnsan Papilloma Virüsü ve Herpes simplex virüsünün düşünülmesi ülkemizde de bu konuda çalışmaların yapılmasına neden olmuştur (7, 17, 18, 32). Günümüzde, Deri ve Tenasül Hastalıkları Dispanserlerinin sayısı 10 adet olup İstanbul’daki kuruluş hastane düzeyinde hizmet vermektedir. Diğer iller sırasıyla Adana, Ankara, Antalya, Diyarbakır, Hatay, Mersin, İskenderun, İzmir ve Kayseri’dir. Bu merkezlerin bazılarında imkânlar doğrultusunda CYBE-HIV/AIDS testleri yapılmakta, yapılmadığı durumlarda en yakın sağlık merkezinde testlerin yapılması için sevk uygulanmaktadır. İstanbul’daki Deri ve Tenasül Hastalıklar Hastanesi’nde ise ayrıca HIV doğrulama testlerinin yapıldığı bir merkez olarak görev yapmaktadır (23).

Türkiye’de 1985 yılında ilk AIDS olgusunun saptanması ile birlikte HIV/AIDS bildirimi zorunlu hastalıklar listesine alınmıştır. 1986 yılında ise HIV testi uygulamaya başlanmıştır. 1987 yılında kan/doku/organ donörleri, genelev kadınları ve büyük ameliyatlara öncesi HIV testi zorunlu serolojik testler arasında yer almıştır. 1994 yılında HIV/AIDS bildirimleri kodlu hale getirilmiş, 1996 yılında ise Ulusal AIDS Komisyonu kurulmuştur. 2003 yılında başkanlığını Sağlık Bakanlığının yaptığı Ulusal AIDS Komisyonu tarafından ilgili tüm kurumlara ait faaliyetlerin içinde olduğu “HIV/AIDS Ulusal Eylem Planı” faaliyete geçirilmiştir. Söz konusu plan ulusal önceliklerin tekrar gözden geçirilmesi ile yenilenerek 2007’de “2007-2011 HIV/AIDS Stratejik Eylem Planı” olarak uygulamaya geçmiştir. Söz konusu planda yer alan stratejilerden biri olan “İzleme ve Değerlendirme” sisteminin güçlendirilmesi, hem pasif surveyans hem de davranış verilerini de içeren sentinal surveyansı içermektedir (116). 2004 yılında CYBE surveyansı açısından önemli bir aşama ise Gonore ve Klamidya bildirimi zorunlu hastalıklar listesine alınmasıdır (23, 110).

Göç ve CYBE-HIV/AIDS Üzerindeki Etkisi

Göçün sadece demografik yapıda değil aynı zamanda Türkiye’nin ekonomik ve sosyal yaşantısı üzerinde de derin etkileri bulunmaktadır. Büyük şehirler içinde başka yerleşim alanları kurma çabaları, şehirlerde alt kültürlerin ortaya çıkması, kırsal kesimlerde planlı olmayan tarım yapılması, kirlilik, ve şehirlerde planlanmamış ve güvensiz konutlaşma vs. gibi sorunlar hızlı bir şekilde gelişerek beraberinde kontrolsüz göç hareketlerini getirmiştir. Diğer taraftan, çok sayıda kişi ve özellikle komşu ülkelerden kadınlar Türkiye’ye çalışmak için gelmeye başlamış ve “bavul ticareti” ile fuhuş artış göstermiştir. Ancak; bu kişilerin kaç kişi oldukları, Türkiye’ye niye geldikleri ve ne kadar kalacaklarına dair güvenilir istatistiksel bilgi mevcut değildir.

Türkiye'de uluslararası göç, mülteci ve sığınmacı hareketler, insan ticareti ve transit göç konuları hakkında da güvenilir veri eksikliği söz konusudur. İçişleri Bakanlığı ve UNHCR (Birleşmiş Milletler Mülteci Yüksek Komiserliği) bu hareketlere yönelik bir takım bilgiler sağlasalar da, bu bilgiler nüfusun sosyal, politik ve ekonomik özellikleri bakımından tatmin edici ve güvenilir olmaktan uzaktır. Türkiye'de göçmenler, mülteci ve sığınmacılar için zorunlu HIV/AIDS testi yapılması durumu söz konusu değildir.

İstanbul, Ankara, İzmir, Adana, Trabzon ve Antalya gibi büyük şehirlerde CYBE yayılması dikkat çekicidir. Özellikle yaz aylarında tatil beldelerinde (örneğin; Antalya, Bodrum, Çeşme vb.) nüfus yoğunluğunun artışı ve Türkiye'de büyük şehirlerden ve Avrupa ülkelerinden bu yörelere gidişler CYBE'nin bu bölgelerde dolaylı yoldan artmasına neden olabilmektedir. Özellikle tatil beldelerinde yurt dışından bilhassa Avrupa'dan gelen turistlerin ve Türk işçilerinin CYBE geçişinde önemli bir faktör oluşturduğu düşünülmektedir. Son 10 yıl içinde bilhassa İstanbul'da yurt dışından özellikle Doğu Avrupa ülkelerinden gelen yasal olmayan seks işçi "Mobile Prostitution" sayısındaki artışla birlikte bazı CYBE sayısında da artış görülmektedir. (19, 48, 71, 72). Diğer bir problem ise; Afrika ülkelerinden yasa dışı yollar ile Türkiye'ye gelen işçilerin sayısındaki hızlı artıştır.

Dünyada CYBE'ler oldukça yaygın bir şekilde bazı bölgeleri ciddi bir şekilde tehdit etmektedir (5, 6, 15, 34). CYBE'ler Türkiye'yi de son yıllarda önemli oranda tehdit edici özellik göstermekle birlikte toplumun büyük bir kısmının konu üzerinde yeteri kadar bilinçli davranmaması nedeniyle prevalansı halen düşük olan bu etkenlerin diğer kuşaklara yüksek prevalans ile aktarılmasında önemli bir faktördür. Gençlerin bu konu üzerinde yeterince eğitilmemesi, daha özgür cinsel yaşam biçimlerine ve güvensiz seks uygulamalarına gösterilen eğilim bilhassa bu grubu risk altında tutmaktadır (88). Türkiye'de özellikle İstanbul, Ankara, İzmir gibi metropolitan şehirlerde gençlerde cinsel ilişki yaşındaki düşüş, güvensiz cinsel ilişki ve bu konuda gösterilen farkındalık eksikliği önemini korumaktadır. Mevcut veriler CYBE-HIV/AIDS konusunda kamuoyu farkındalığının düşük olduğunu göstermektedir. Türkiye'de CYBE'lerin artmasına kaynak teşkil edecek olan diğer faktör yukarıda da vurgulandığı gibi yurt dışında CYBE yönünden prevalansı yüksek bölgelerde çalışan Türk işçilerinin ülkeye döndüklerinde bu hastalığı yaymakta gösterdikleri davranış modelleridir (28, 42, 52, 74, 93). Türkiye'de CYBE'lerin dağılımına bakıldığında bildirimi zorunlu hastalıklar dışında bu hastalıkların prevalansı hakkında doğru ve güvenilir bilgi almak oldukça zordur. Sifiliz ve HIV/AIDS dışında bildirimi zorunlu hastalıklar listesine klamidy ve gonoreenin de getirilmiş olması bu konuya önem verildiği anlamına gelmektedir (23).

Türkiye'de diğer CYBE etkenleri ile yapılan çalışmalar belirli merkezlerde sınırlı sayıda grupta ve kişiler ile yapılmaktadır. Bu da enfeksiyonlara ait doğru prevalans verilerini vermemektedir. Bu konuda mali kaynakların yeterince olmaması veya doğru kullanılmaması çalışma fırsatlarını sınırlı hale getirmekte olup özellikle risk gruplarına yönelik taramalar her merkez tarafından kendi imkânları doğrultusunda araştırma amacıyla yapılmaktadır. Bu konuda proje desteklerinin oranlarının sabit tutulması veya yeterince desteklenmemesi ise olayın diğer bir boyutudur. CYBE'lerin testlerinin gönüllülük esasına dayanarak yaygınlaştırılması, CYBE bildirimlerinin zorunlu hale getirilmesi ve Türkiye'de bu verilerin gerek sağlık birimlerinden gerekse sentinal merkezlerden düzenli olarak elde edilmesi enfeksiyonların önlenmesinde önemli rol oynayacaktır. Bu konuda oldukça olumlu gelişmeler bulunmaktadır.

Türkiye'de Durum

Türkiye'nin yüzölçümü 814,578 km²'dir. Avrupa ve Asya arasında köprü oluşturan bir coğrafyadadır. Türkiye Cumhuriyeti'nin 1923 yılında kurulmasından sonra sağlık ile ilgili sorunlar bütün yönetimlerce ele alınmış ve bu konuda önemli gelişmeler sağlanmıştır. Bu raporda, Türkiye'nin nüfusu, ülkenin sağlık alt yapısı ve CYBE'lerin epidemiyolojik özellikleri üzerine bazı bilgiler sunulacaktır (37, 83).

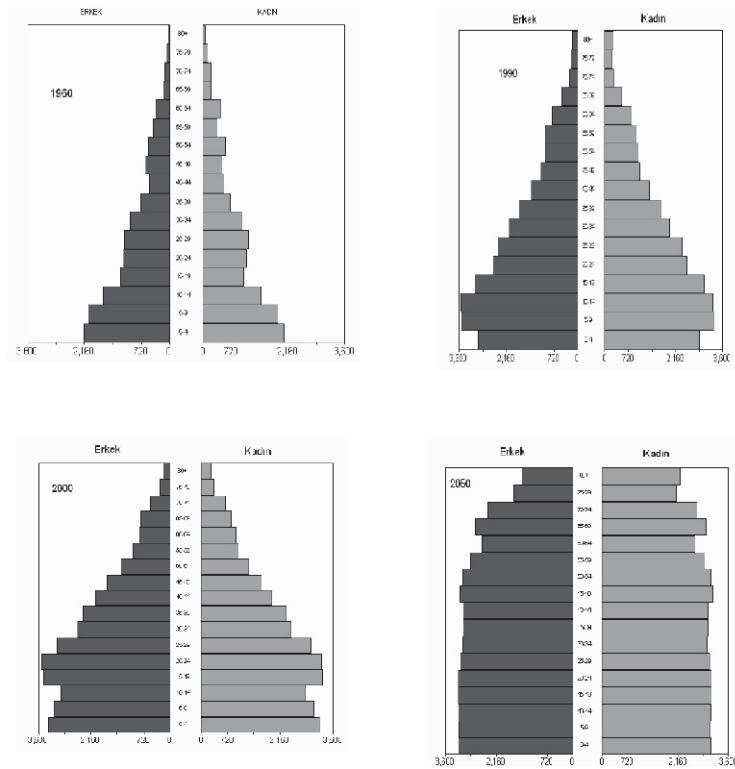
Nüfus Yapısı

Türkiye Cumhuriyeti'nin 1923 yılında kurulmasından sonra, ilk nüfus sayımı 1927 yılında gerçekleştirilmiş olup, daha sonra her 5 yılda bir sayımlar devam etmiştir. 1990 yılından itibaren, sayımların her 10 yılda bir yapılması kararı alınmıştır (1, 99, 100, 109)

1990-2000 yılları arasındaki süreç boyunca tüm bölgelerdeki nüfus farklı oranlarda artış göstermiştir. Marmara bölgesinin nüfusu, bu bölgeye devamlı bir göç durumunun söz konusu olması dikkate alınarak, 1000'de 26,6 oranında artarken; Kuzey ve Doğu Anadolu bölgelerinde sadece 3,65 ve 13,92 oranlarında artış gerçekleşmiştir. Bu durum hızla dışa doğru bir göçün varlığını, yüksek doğum oranlarıyla birlikte ortaya koymaktadır. Kuzey Anadolu bölgesinin kırsal nüfusu yıllık olarak 1000'de 11,1 oranında düşüş göstermiştir. Güneydoğu Anadolu'nun yıllık nüfus artış hızı hemen hemen Marmara bölgesine yaklaşmıştır. Bölgesel nüfus büyüme hızları, ülkenin farklı bölgelerinde farklı demografik seviyeler ve eğilimler olduğunu açık bir şekilde ortaya koymaktadır.

2000 yılı nüfus sayımının sonuçları, nüfusun yaklaşık %65'inin il ve ilçe merkezlerinde yaşadığını göstermektedir. Kentsel nüfusta tahmin edilen yıllık artış hızı 2000-2005 yılları için 4,75 oranındadır. Nüfusun kentsel dağılımı bakımından dengesizlikler söz konusudur. Nüfusun yaklaşık dörtte biri İstanbul, Ankara ve İzmir illerinde yaşamaktadır. Ülke, en yüksek nüfus artış hızını 1960'lı yıllarda yaşamış olup; zaman içerisinde bir düşüş göstererek bin kişilik nüfusta 15.1 oranına gerilemiştir. 0-14 yaş çocukların oranı halen yüksektir. Nüfusun yüzde 30'u 15 yaş altıdır. 0-25 yaş grubu nüfus yaş yapısı, toplam nüfusun yarısını oluşturmakta, ve bu durum CYBE-HIV/AIDS ile karşılaşma olasılığını artırmaktadır. Okuma yazma oranı 1923 yılından itibaren artış göstermeye başlamıştır. 1997 Nüfus Sayımına göre; 6 yaş üstü kız ve erkeklerde okuma yazma oranı sırasıyla %78,8 ve %91'dir. İlkokula gitme oranı günümüzde %90 civarındadır. Sekiz yıllık temel eğitim Türkiye'de 4306 sayılı kanunla 1997 yılında zorunlu hale getirilmiştir. Ancak toplumsal cinsiyet, bölgesel ve kentsel/kırsal farklılıklar dikkate değer bir biçimde okuma yazma ve eğitim konularında devam etmektedir. Kız nüfusu açısından, orta öğretim okullaşma oranı 4.3 iken erkeklerde 4.7 oranındadır. Beş erkek çocuktan bir tanesi orta öğretime dâhil olurken aynı durum kızlar için %12 oranındadır. Doğu bölgelerinde; kadınların üçte ikisi ülkenin %40'lık oranına kıyasla ilkokulu bitirmemiştir. Erkeklerin ortaöğretim oranı bölgelere göre farklılık göstermese de, doğu bölgelerindeki kız ortaöğretim oranı 0,6 civarındadır. Bu durum batı bölgelerinde 4.5 oranında ortaya çıkmaktadır. Kırsal kesimlerden şehirlere yüksek oranlarda göç olması, nüfusun bölgesel dağılımını büyük ölçüde değiştirmiştir. 1960 yılından bu yana kent nüfusunun oranında, kırsal kesimlerden büyük kentlere yüksek oranlarda göç yaşanmasından dolayı hızlı bir artış yaşanmıştır.

Şekil 1. Türkiye'nin nüfus piramitleri (1960-2050)



Ülke Politikası

Türkiye'de sağlık hizmetler kamu ve özel sektörde vermektedirler. Kamu sektöründe Sağlık Bakanlığı öncü hizmet sunucu olup tıp fakülteleri, silahlı kuvvetler, bazı bakanlıklar ve kamu kuruluşları ayakta ve yataklı tedavi hizmeti veren kendi sağlık merkezlerine sahiptirler. İşçiler için sağlık hizmeti veren Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) sağlık birimleri yeni düzenlemeler ile Sağlık Bakanlığı altında görev yapmaya başlamıştır.

Tablo 1. Kurumlara Göre Hastane ve Yatak Dağılımları (2001)

Kurum	Hastane Sayısı	%	Yatak Sayısı	%
Sağlık Bakanlığı	755	60.64	86.787	49.67
Milli Savunma Bakanlığı	42	3.37	15.900	9.10
Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)	120	9.64	28.350	16.23
Kamu İktisadi Teşebbüsleri (KIT)	8	0.64	1.607	0.92
Diğer Bakanlıklar	2	0.16	680	0.39
Üniversiteler	42	3.37	25.497	14.59
Belediyeler	9	0.72	1.341	0.77
Yabancılar	4	0.32	338	0.19
Azınlıklar	5	0.40	934	0.53
Birlikler & Dernekler	18	1.45	1.318	0.75
Özel Sektör	240	19.28	11.967	6.85
Toplam	1.245	100.00	174.719	100.00

İl Sağlık Müdürlüğü tüm Temel Sağlık Hizmetlerinin yerine getirilmesi ve denetlenmesinde ülke genelinde il düzeyinde valilik denetiminde sorumludur. Ayrıca Sağlık Merkezleri ve Evleri köylerde sağlık hizmetlerinin verilmesinde önemli rol oynamaktadır. Sağlık Bakanlığı bünyesindeki laboratuvar hizmetleri Ankara'daki Refik Saydam Hıfzısıhha Enstitüsü ve diğer bazı illerdeki bölge Enstitüleri ve bu Enstitülere bağlı İl Halk Sağlığı Müdürlükleri bünyesinde görev dağılımı oluşturur. Ayrıca kamu, üniversite ve özel sektör hastaneleri laboratuvarları da bu amaçla sağlık hizmetlerinin oluşturulmasına katkıda bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı, sağlık politikalarının oluşturulmasından, uygulamaya konmasından ve sağlık bakım hizmetlerinin yürürlüğe geçirilmesinden sorumludur. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin planlanmasından sorumlu diğer kuruluş ise, Devlet Planlama Teşkilatıdır. Görevi makro politikaları tanımlayarak, ekonomik hedeflere göre kamu yatırım programı hazırlamak ve beş yıllık kalkınma planları oluşturmaktır (39). Sağlık hizmetleri ülke genelinde Sağlık Bakanlığı dışında Üniversiteler, Savunma Bakanlığı, diğer kamu kuruluşlarına bağlı hastaneler ile özel ve vakıf hastaneleri kapsamında geniş bir boyutta ele alınmaktadır. Özel sektör çoğunlukla ayakta tedavi veya birinci basamak sağlık hizmetleri sağlamakta olup, son yıllarda büyük şehirlerde yeni donanımlı ve tam kadrolu özel hastanelerin açılmasıyla hizmet boyutunda değişiklikler olmuştur. Türkiye ayakta ve yataklı sağlık hizmeti veren kuruluşların sayısı, tipi, yatak kapasitesi sektörlerle göre dağılımları tablo verilmektedir.

Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin sunumu ise üç ana başlık altında toplanabilir.

1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Ülke genelinde oldukça geniş kapsamlı temel sağlık hizmetleri merkezleri ve birimleri bulunmaktadır. Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri, Deri ve Tenasül Hastalıkları Dispanserleri ve Veremle Savaş Dispanserleri bu gruba dâhil edilebilir.

2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Türkiye'nin hemen hemen her yerinde devlet hastaneleri mevcuttur. Hastanelerin büyük bir bölümünde enfeksiyon hastalıkları bölümleri bulunmaktadır. Bu bölümlerde CYBE/HIV/AIDS tanısı ve tedavisi yapılmaktadır.

3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri: Üniversite hastaneleri, uzman merkezler ve araştırma merkezleri bu grupta toplanmaktadır. Ankara'da bulunan Hacettepe Üniversitesi'ndeki Merkez; AIDS Araştırma ve Tedavi Merkezi (HATAM) bu gruba örnek verilebilir. Temel Sağlık Hizmetleri kuruluşları ve Deri ve Tenasül Hastalıkları Dispanserleri sağlık hizmetlerinin yanında CYBE tedavi hizmetleri de vermektedirler.

Anne ve Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri (AÇSAPM) kentlerde oldukça aktif rol oynamaktadırlar. Hastalar gerekli hallerde, ikinci basamak sağlık kuruluşlarına veya ilçe polikliniklerine sevk edilmektedirler (50.000-100.000 nüfus için). Anne ve Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) merkezleri kentlerde önemli bir rol üstlenmektedir. AÇSAP merkezlerinde, pediatri uzmanları, Kadın-Doğum uzmanları çalışmakta ve bazıları adolesan sağlık hizmetleri vermektedir. Fakat, birinci basamak seviyesinde hizmetlerin düşük kalitede olmasından dolayı sevk sistemi doğru bir şekilde çalışmamakta ve ikinci/üçüncü basamak birimler çoğunlukla birinci basamak seviyesindeki vakaları kabul etmektedir (90, 91). 2000 yılından itibaren, yaklaşık 5.700 tane sağlık ocağı ve 11.747 tane sağlık evi, 291 tane AÇSAPM, 270 tane verem savaş dispanseri, 12 adet Deri ve Zührevi Hastalıklar dispanseri veya hastanesi (iller: Ankara, Adana, Diyarbakır, Hatay, İçel, İskenderun, İstanbul, İzmir, Kayseri, Samsun, Zonguldak) ve 68 tane halk sağlığı laboratuvarı mevcut bulunmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, anne ve çocuk sağlığı hizmetleri, laboratuvar ve kamu sağlığı eğitim hizmetleri vermekten sorumludur. Bu sağlık kuruluşları aynı zamanda sağlık bilgi sisteminin ana kaynaklarıdır (89).

Deri ve Tenasül/Zührevi Hastaneleri veya Dispanserlerinde CYBE tanı testleri tarama amaçlı istekte bulunan bireylere uygulanmakta, bu testler genellikle RPR/VDRL, TPHA, HIV, ELISA, Gram preparasyon, lam lamel arası preparasyon/Direkt mikroskopik inceleme ve bazı bölümlerde kültür testleri şeklinde sınıflandırılabilir. Testlerin yapılmadığı merkezlerde ise yakın halk sağlığı laboratuvarı ilgili hastaneye sevk yapılarak testlerin bireylerde yapılması sağlanır. Yönetim Bilgi Sistemi Sağlık Bakanlığı birimlerinin merkeze raporlama yapmalarını sağlamak için geliştirilmiştir. 1996 yılından bu yana zamanında, doğru ve tam bilgi akışını sağlamada işlevsel olarak işlem görmektedir. Hem devlet hem de özel sektör sağlık hizmeti sunucularından gelen bilgilerin akışının sağlanmasında yetersizlikler görülmektedir. Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, Çalışma Bakanlığı, üniversiteler ve özel sektör ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri vermektedirler. Toplam 1245 hastanenin 755 tanesi Sağlık Bakanlığı tarafından işletilmektedir (39). Bu ülkedeki yatak sayısının yarısı anlamına gelmekte ve 2000 yılı itibarıyla %49.6 oranına tekabül etmektedir. 2001 yılı itibarıyla, toplam yatakta özel sektörün payı %6.85'tir. Sevk zinciri devam etmediğinden, Sağlık Bakanlığı hastaneleri genellikle ayakta tedavi klinikleri olarak kullanılmaktadır.

Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Verilmesi

1965 yılında nüfus politikasındaki değişimler sonucu, Sağlık Bakanlığı resmi olarak aile planlaması hizmetini başlatmıştır. 1965 yılından beri, kontraseptif yöntemlerin kullanılması tedricen artmış, buna karşın; modern kontrasepsiyonun uygulanması kadınlar arasında tatmin edici oranlarda artmamıştır. 1983 yılında, aile planlaması yasası gözden geçirilmiş ve yukarıda belirtilen değişiklikler yapılmıştır. Günümüzde, Sağlık Bakanlığı, AÇSAP ve sağlık ocakları aracılığıyla aile planlaması hizmetleri verilmektedir. Devlet hastaneleri de cerrahi teknikler (erkek-kadın sterilizasyonu) ve gebelik sonlandırmalar dahil olmak üzere çeşitli kontraseptif yöntemleri uygulamaktadır. Son yıllarda, bazı sivil toplum kuruluşları da bu hizmetleri vermeye başlamışlardır. Toplam doğurganlık hızına dair en son sonuçlar 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'ndan gelmiş olup (61); 1999-2002 yılları arasında kadın başına 2.23 canlı doğum gerçekleştiğini vurgulamıştır. Toplam doğurganlık oranının kadın başına yaklaşık 5 çocuk olduğu 1970'li yıllarda başlatılan ve 1990'lı yıllara kadar devam ederek 2.7 oranında bir düşüş sağlayan uzun vadede doğurganlığı azaltma eğilimi, 1990'lı yıllarda tekrar gündeme gelmiştir. Mevcut doğurganlık, önemli bölgesel ve kentsel/kırsal farklılıklarla şekillenmektedir. Toplam doğurganlık hızı batı bölgelerde azalmakta iken 1970 yılındaki ulusal ortalamaya kıyasla Doğu bölgelerinde halen 3.65 gibi yüksek oranlarında seyretmektedir. Yıllık doğumların yaklaşık %25'i bu bölgede gerçekleşmektedir. Kentsel ve kırsal bölgelerde kadın doğurganlığı bakımından çok önemli farklılıklar bulunmaktadır. Doğum hızı şimdilerde %0.22 olarak tahmin edilirken, 1950'lilerdeki %0.48'e veya 1990'lardaki gibi %0.29'a kıyasla radikal bir düşüş olduğu açıkça görülmektedir. 1993-2003 yılları arasında evli çiftlerin kontraseptif kullanım prevalansı tablo 4'te verilmiştir. 1993 yılında, kontraseptif prevalans oranı yüzde %62.6 iken on yıl içerisinde sadece %8.4 oranında bir artış sağlanmıştır. Evli kadınların %42.5'i çoğunlukla rahim içi araçlar (%20.2) olmak üzere modern yöntemlerden bir tanesini kullanıyordu. Geleneksel yöntemler halen geniş ölçüde kullanılmaktadır (%28.5). En çok kullanılan yöntem ise geri çekmedir (%26.4). Kadınların %29'u herhangi bir kontrasepsiyon yöntemi kullanmamaktaydı (105). Çeşitli kontrasepsiyon yöntemlerinin devamlılık hızı da ülke için hesaplaması kolay olmayan önemli ölçülerdir.

1998 Türk Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın diğer incelemelerinde, 100 kullanıcı üzerinden devamlılık hızı hesaplanmıştır (66). 12 ayda %90 ve 24 ayda %83.1 olmak üzere rahim içi araç kullanım oranı oldukça yüksektir. Diğer modern yöntemler ve geri çekme oranları ise çok düşüktür. Bu bulgular, evli çiftlerin rahim içi araçları uzun vadeli kullanım için diğer yöntemleri de geçici kontrasepsiyon için tercih ettiklerini göstermektedir. Uzun yıllar boyunca Sağlık Bakanlığı'nın ve sağlık uzmanlarının rahim içi araçları teşvik etmiş olmasından dolayı bu sonuç pek şaşırtıcı değildir. 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na göre kontraseptif kullanımındaki bölgesel farklılıklar oldukça göze çarpıcıdır. Batı bölgelerde kontraseptif prevalansı %74.2 gibi yüksek bir orandayken, Doğu'da %31.4 şeklinde bir düşme söz konudur. Kentsel alandaki kadınlar (%73.1) kırsal kesimde yaşayanlara (%64.5) oranla daha fazla kontrasepsiyon uygulamaktadır. Kondom kullanımı da bölgelere göre değişim göstermektedir. Batı bölgelerde %12.7 iken doğuda %7.4 oranındadır. Kondom genellikle eğitimli kadınlar ve kentsel alanda yaşayan erkekler tarafından kullanılmaktadır.

Şehir merkezlerinde yaşayan bireyler kondom ihtiyaçlarını eczanelerden karşılayabilmekte iken kırsal kesimde ve şehirlerin gecekondu bölgelerinde yaşayan bireyler AÇSAP ve sağlık merkezlerinin ücretsiz olarak verdiği kondomlardan faydalanabilmektedirler. 2003 Nüfus ve Sağlık Araştırmasına göre; modern yöntem kullanıcılarının %57.7'si kontraseptif ihtiyaçlarını kamu sektöründen, %39.7'si ise özel sektörden karşılamaktadır (60). Evlilik evrensel bir toplum kurumu olarak kalmakta ve bekarlık durumu nadiren görülmektedir. Türk kadını duruma göre değişmek suretiyle genç yaşlarda evlenmektedir. En son tahminlere göre; 25-29 yaş arası kadınlar ortalama 20.4 yaşında evlenmekte ve ilk doğumlarını 22.2 yaşında yapmaktadırlar. Bu da evliliğin ilk dönemlerinde bir doğurganlık kontrolünün mevcudiyetine işaret etmektedir. Adolesan doğurganlık Türkiye'nin en akut sorunlarından bir tanesi olmayabilir, fakat halen üzerinde durulması gereken bir konudur. 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçları, 17 yaşındaki kızların 12'de 1'inin anne olduklarını veya ilk çocuklarına hamile olduklarını göstermektedir. 18 yaşındaki kadınlar için oran altıda bire çıkarken 19 yaş grubu için durum hemen hemen dörtte bir olmaktadır.

Buna ek olarak; evlilik öncesi ilk cinsel ilişkiye girme yaşında bir düşüş eğilimi söz konudur. Üniversite öğrencilerinin yaptıkları cinsel tutum ve davranışlar üzerine bir araştırma sonuçlarına göre; %46 oranında erkek ve %13.5 oranında kız öğrenci (18-21 yaş arası) en azından bir kez cinsel ilişkiye girmişlerdir (76). Erkek öğrenciler ilk cinsel deneyimlerini ya kız arkadaşlarıyla (%56.8) ya da bir seks işçisiyle (%24.3) yaşamışlardır. Bir seks işçisiyle deneyim yaşayanların %18'i herhangi bir korunma yöntemi kullanmamıştır.

Sağlık İnsan Gücü

Sağlık insan gücünün durumu Tablo 6'da verilmiştir. Hekimlerin ve diğer sağlık personelinin sayısı göreceli olarak tatmin edicidir. Hekimlerin, pratisyenlerin yarısından çoğu genellikle birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda çalışmaktadırlar (90).

Tablo 2. 1997 Türkiye Sağlık İnsan gücü

Sağlık Personeli	Sayı	Sağlık Personeli Başına Nüfus
Hekim	73.659	872
Uzman	32 511	1 928
Pratisyen	41 128	1 523
Diş Hekimi	12 737	3 971
Eczacı	20 557	3 202
Sağlık Teknisyeni	39 658	1 366
Hemşire	67 265	776
Ebe	40 230	1 219

Kaynak: SB (Ankara, 1999, Sağlık İstatistikleri, Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu).

Türkiye'de 46 tane tıp okulu (39 devlet, 7 özel) bulunmaktadır ve yıllık olarak 5000 mezun vermektedir. Sayılarda artışlar olmasına rağmen, bölgeler arasında insan kaynaklarının dengesiz olarak dağılım göstermesi halen hizmet kalitesini etkilemektedir. Sağlık personelinin sıklıkla değişmesi kamu sektöründe yaşanan diğer bir insan

kaynakları sorunudur. Özel sektör istihdamı dış hekimleri, eczacılar ve uzman doktorlar için oldukça yüksektir. Birçok uzman doktor devlet hastanelerinde yarı zamanlı bir şekilde çalışmakta ve kendi özel muayenehanelerine gitmektedirler.

Türkiye'de Sivil Toplum Kuruluşları

Türkiye'de son yıllarda CYBE üzerinde yoğunlaşan çalışmalar ve bu konu üzerine verilen önem toplumu bilinçlendirmiş bu konuda sivil toplum kuruluşlarının oluşmasına olanak sağlamıştır. Ayrıca bazı sivil toplum kuruluşlarının CYBE-HIV/AIDS konularında çalışmalar yapmasına ve bunları desteklemesine imkân sağlayacak şekilde gelişmiş ve sonuçta sivil toplum kuruluşlarının çalışmaları bu yönde odaklanmıştır. Türkiye'de CYBE konusunda faaliyet gösteren sivil toplum kuruluşlarının (STK) ve merkezlerinin isimleri aşağıda verilmiştir.

1. AIDS ile Mücadele Derneği
2. AIDS Savaşım Derneği
3. Bulaşıcı Hastalıklar ve Uyuşturucu ile Savaş Topluluğu (BUHUS)
4. Cinsel Sağlık Eğitim ve Danışma Merkezi
5. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar ile Savaşım Derneği
6. HATAM (Hacettepe AIDS Merkezi)
7. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı
8. Türkiye Aile Planlaması Derneği
9. Türkiye Aile Planlaması Vakfı
10. Türk Tıp Öğrencileri Uluslararası Komitesi
11. Zührevi Hastalıklarla Mücadele Derneği

İsimleri geçen bu sivil toplum kuruluşları ve merkezler bilgilendirme ve eğitim, iletişim üzerinde odaklaşmakta özellikle, akran eğitimi, halk konferansları, eğitimcilerin eğitimi, görsel ve işitsel yayınlar, kitaplar, dergiler, danışmanlık hizmetleri, öğrenci kulüpleri, yaz okulları ve test hizmeti gibi faaliyetlerde bulunmakta bu konuda topluma ve risk altındaki gruplara olumlu yönde katkıda bulunmaktadır.

Türkiye'de Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlarda (CYBE) Genel Durum

Ülkemizde CYBE-HIV/AIDS konusunda yapılan çalışmalar belirli gruplarda sınırlı sayıda popülasyonlara uygulanmıştır. Bakılan hastalıklar arasında sifiliz, hepatit B, HIV/AIDS, Klamidya, genital herpes, genital papilloma, trikomoniyaz ve kandidiyaz ön sıralarda yer almaktadır (7, 9, 14, 15). Bu hastalıklar ayrıca HIV ile enfeksiyonun geçişinde önemli bir risk olarak karşımıza çıkmaktadır (43, 54, 70).

CYBE prevalansı

Sifiliz

Ülkemizde sifiliz prevalansı Batı ülkeleri ile karşılaştırıldığında elde edilen sonuçlar birbirine yakındır. Sağlık Bakanlığının verilerine bakıldığında on yıl içinde sifiliz morbiditesinde anlamlı bir farklılık gözlenmiştir.

Tablo 7. 1991-2002 Yılları Sifiliz Morbidite Oranları (82,94)

Yıllar	Olgu sayısı	Morbidite Hızı (her 100.000 kişiye)
1991	2710	4,7
1992	2648	4,5
1993	2640	4,4
1994	2798	4,5
1995	2974	4,8
1996	2882	4,6
1997	3203	5,1
1998	3475	5,3
1999	3416	5,1
2000	3313	4,9
2001	3348	4,9
2002	3512	5,2

Kaynak: Tezcan S, Türkiye'de HIV/AIDS ve diğer CYBE Epidemiyolojisi, Turizm Sağlığı Paneli, SB, TSH Genel Müdürlüğü, 25-27 Mayıs 2000, Antalya, 2000.

Genel olarak, cinsel faaliyete erken başlanılan ve evlilik dışı ilişkilere kapalı olan toplumlarda erkekler yüksek CYBE riski altındadır. Tablo 8'de illere göre prevalans görülmektedir.

Tablo 8. Türkiye'de illere göre Sifiliz Prevalansı (2002)

	İller	Nüfus	Toplam Sifiliz Olgu Sayısı			
			Topla m	Kadın	Erkek	Morbidite (her 100.000 kişiye)
			3512	1292	2220	5,2
1.	İstanbul	10 018 735	2192	786	1406	0,4
2.	İzmir	3 370 866	176	67	109	1,0
3.	Ankara	4 007 860	150	65	85	54,7
4.	Kayseri	1 060 432	76	35	45	3,3
5.	Erzurum	937 389	53	12	41	4,1
6.	Manisa	1 260 169	47	17	30	2,7
7.	Denizli	850 029	45	22	23	5,3
8.	Balıkesir	1 076 347	39	13	26	4,9
9.	Antalya	1 719 751	38	15	23	10,2
10.	Kırşehir	328 461	38	12	26	10,4
11.	Muğla	715 328	37	13	24	4,5
12.	Artvin	191 934	36	13	23	78,2
13.	Aydın	950 757	35	13	22	8,0
14.	Rize	365 938	35	9	26	7,9
15.	Çanakkale	464 975	34	11	23	10,1
16.	Muş	453 654	34	14	20	6,6
17.	Ordu	887 765	32	3	29	3,3
18.	Yozgat	682 919	30	14	16	2,9
19.	Giresun	523 819	29	7	22	7,3
20.	Sakarya	756 168	29	6	23	3,4
21.	Samsun	1 209 137	26	7	19	2,1
22.	Tekirdağ	623 591	25	7	18	3,7
23.	Trabzon	975 137	23	16	7	2,1
24.	Erzincan	316 841	20	9	11	12,3
25.	Mersin	1 651 400	20	8	12	2,2

Sifiliz olgularının çoğu üç büyük şehirden (%71.7) bildirilmiş olup, diğer vakalar ülkenin farklı bölgelerindeki illerden gelmiştir (81). Sifilizin erkekler arasında oldukça sık olarak tespit edilmesine rağmen, sifilizi olan kadınların sayısı Trabzon'daki erkeklerden daha yüksektir. Sifiliz olgularının nüfusa oranı, illerin sıralamasında farklılık yaratmaktadır. Artvin en yüksek sifiliz olgusu olan şehirdir. Artvin'in Türkiye ile Eski Sovyetler Birliği'nin şimdiki bağımsız ülkeleri olan Gürcistan, Rusya, Azerbaycan, Ukrayna gibi ülkeler arasında sınır yolu üzerinde bulunduğu dikkat çekmek gerekmektedir. Fakat 2002 yılında yeni sifiliz olgusu söz konusu değildir. Tamamen iyileşen kimselerin kayıtlardan çıkarılmadıkları düşünülmektedir. Bulgular kayıtların güvenilir olmadığını ortaya koymaktadır. Tablo 8 incelendiğinde morbiditede Ankara ikinci, Erzincan üçüncü sıradadır. İlginçtir ki; 2002 yılında 81 ilin 25'inden herhangi bir sifiliz olgusu bildirilmemiştir. (Adıyaman, Bilecik, Bitlis, Diyarbakır, Edirne, Eskişehir, Hakkari, Hatay, Kırklareli, Kütahya, Malatya, Kahramanmaraş, Siirt, Sinop, Tokat, Şanlıurfa, Uşak, Bayburt, Aksaray, Batman, Şırnak, Bartın, Iğdır, Yalova, Karabük) Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 2002 Yıllık Faaliyet raporuna göre; 2002 yılında herhangi bir bildirim gelmeyen illerinden Kütahya, Aksaray, Şırnak ve Iğdır'ın halk sağlık laboratuvarları bulunmamaktadır. Kan merkezleri rutin olarak bağışlanan her kan için sifiliz testi yapmaktadır. Buna ek olarak; şüpheli bireyler veya bazı rutin görüntüleme grupları sağlık hizmeti kurumları tarafından test edilmekte ve bütün ilgili olgular Sağlık Bakanlığı'na bildirilmektedir.

Tablo 9. Türkiye’de çeşitli gruplardaki kan görüntülerinin sifiliz seropozitivitesi

Görüntülenen Gruplar	Kurum	Yer	Yıl	Sayı	Yöntem	Oran (her 100.000)
Kan verenler	Kızılay Kan Merkezleri	Türkiye	1985-89 1990-95	1.583.745 2.507.551	VDRL VDRL	28.9 73.0
Kan verenler	Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Kan Merkezi	Ankara	1991-1995	120.495	VDRL + TPHA	13.3
Kan verenler	Atatürk Üniversitesi Hastanesi Kan Merkezi	Erzurum	1993	10.098	VDRL + TPHA	59.4
Kan verenler	Uluslararası Hastane	İstanbul	1990-92	9.250	VDRL + TPHA	129.7
Ayakta ve Yataklı kabul	Gülhane Askeri Tıp Akademisi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Ankara	1995	2.670	VDRL	1161.1
Eski SSCB’den kadınlar	İstanbul Deri ve Zührevi Hastalıklar Hastanesi	İstanbul	1990-94	3700	VDRL	754.1
Afrikalılar	İstanbul Deri ve Zührevi Hastalıklar Hastanesi	İstanbul	1992-94	554	VDRL	2166.1

Tablo 9’da kan verenler, ayakta/yataklı tedavi görenlerin hastaneye kabulleri ve bazı risk grupları dâhil olmak üzere çeşitli gruplardaki sifiliz seropozitivitesi gösterilmektedir. En fazla testler Kızılay Kan merkezleri tarafından yapılmakta olup 11 yıl içinde 4 milyon kan testi gerçekleştirilmiş ve seropozitivitesi 1985-89 yılları için 28.9 (her 100.000 muayenede) ve 1990- 95 yılları için 73.0’dır. Bu rakamlar Türkiye’de 18-65 yaş arası nüfusta sifilizin artış gösterdiğini ortaya koymaktadır. Diğer sağlık kuruluşları tarafından yapılan incelemelerin oranı donörlerin seçimine ve kullanılan tanısal testlerin geçerliliği açısından söz konusu kritere bağlı olarak 13.3 129.7 arasında değişmektedir. Oranlar risk grupları içerisinde oldukça yüksektir. Enfeksiyonların yaygın ve tatmin edici önlemler alınmadığı eski Sovyetler Birliği’nden İstanbul’a gelen kadınlar (100.000’de 754.1) ve Afrikalılar (2166.1) en yüksek orana sahiptirler. Bu kadınların çoğu illegal şekilde seks ticareti yapmakta ve partnerlerine enfeksiyon bulaştırmaktadırlar. İl halk sağlık laboratuvarlarının “Referans Merkezi” olarak çalışan Refik Saydam Hıfzısıhha Enstitüsü de kan örneklerini incelemiştir. RPR, VDRL ve TPHA testleri tanıya dayalı sifiliz laboratuvarlarında kullanılmıştır ve sifiliz sonuçları Tablo 10’da gösterilmiştir.

Tablo 10. Refik Saydam Hıfzısıhha Enstitüsü’nden Tanıya Dayalı Sifiliz Laboratuvar Sonuçları (2000-2004)

Yıllar	Kan Örneği Sayısı	Sifiliz	Oran (her 100 de)
2000	233	70	30.0
2001	508	121	23.8
2002	2509	77	3.1
2003	2144	98	4.6
2004 (Haziran-Temmuz)	3481	64	1.8

Refik Saydam Hıfzısıhha Enstitüsü’nden sifiliz üzerine gelen veriler, hastalardan alınan örneklerin seropozitivite oranının 2002’den sonra önemli ölçüde düştüğünü göstermektedir. 2000-2001 yılları arasında, örnekler sadece şüphelilerden toplanmıştır. 2002 yılı itibarıyla evlilik öncesi testler eklenmiştir. Tablo-10’da görüldüğü üzere, seropozitivite olgularının sayısı kan örnekleri sayısı kadar artmamıştır. Seks işçilerinde yapılan bazı çalışmalar CYBE etkenlerinin bu grupta oldukça yaygın olduğunu göstermektedir. Örneğin sifiliz prevalansı illegal çalışan Türk seks işçilerinde %8, kayıt dışı çalışan Türk transseksüellerde %31.6 iken, Türkiye’de yasal olmayan yollardan çalışan Romen seks işçilerinde bu oran % 16.7 olarak saptanmıştır (8). İstanbul’da gebelerde yapılan bir çalışmada sifiliz araştırılmış bu amaçla 5362 kişi taranmış ve bir olguda (>%1) sifilize rastlanmıştır (96). Sifilizin gerçek büyüklüğü halen bilinmemesine karşın, bu rakamlar hastalığın özellikle Türkiye’de cinsel açıdan aktif yaş gruplar, seks işçileri ve müşterileri için önemli bir sağlık sorunu olduğunu göstermektedir.

Hepatit B

Hepatit B 1990 yılından bu yana zorunlu bildirim tabi bir hastalıktır (88). 1996 yılında kurulan Bağışıklık Danışma Kurulu hepatit B aşısının rutin çocuk aşılama programlarına dâhil edilmesini tavsiye etmiştir. Kurul aynı zamanda sağlık personeline ve yüksek risk gruplarına devamlı olarak aşı uygulamasının yapılmasını önermiştir. Resmi

rakamlar 1990-2000 yılları arasında hepatit B morbidite hızında bir çeşit dalgalanma olduğunu göstermektedir. Bu, hepatit B için zorunlu bildirimin başlatıldığı dönemdir. Tablo 11'de görüldüğü gibi Hepatit A olgularındaki hızlı düşüşe zıt olarak, hepatit B morbiditesinde yavaş bir artış 1990-2000 yılları arasındaki dönemde saptanmıştır (110).

Tablo 11. Hepatit B Olgularının, Ölümünün, Morbidite ve Mortalite Hızları

Yıl	Yıl ortası nüfus	Vaka sayısı(**)	Morbidite Hızı (100.000)	Ölüm sayısı(**)	Mortalite Hızı (1.000.000)
1990	57.582.446	2.620	4.55	18	0.31
1991	57.736.288	2.455	4.25	11	0.19
1992	59.088.101	2.551	4.32	12	0.20
1993	60.384.474	2.276	3.77	8	0.13
1994	61.779.288	3.099	5.02	24	0.39
1995	63.206.510	2.423	3.83	10	0.16
1996	62.727.000	2.435	3.88	19	0.30
1997	63.745.000	4.343	6.81	11	0.17
1998	64.786.000	5.003	7.72	10	0.15
1999	65.819.000	4.362	6.63	18	0.27
2000	66.834.000	4.115	6.16	17	0.25
2001	69.081.716	5578	8.07	9	0.04
2002	70.415.064	5813	8.57	3	0.04

Doğu Avrupa'da Hepatit B olgularının özellikle 1990'ların ikinci yarısında hemen hemen iki katına çıkmasına rağmen, morbidite hızı bölgesel ortalamadan daha azdır. Konuların medyada yer alması, ülkenin turizm kapasitesinin artması ve bireylerin hepatit B ile ilgili farkındalıklarının artması yeni vaka sayılarındaki artışın nedenleri olabilir. Sağlık sigorta sisteminin 1990'lı yılların ortasından itibaren hepatit aşılarını ödemeye başlaması dikkate değer bir durumdur. Eğer aşı öncesi testler esnasında kanda hepatit antikorları tespit edilmezse, sigortalı bireylere hepatit B aşısı yapılabilmektedir. Bireylerin farkındalığının artmasına ve hepatit için sağlık hizmetlerine erişimin artmasına bağlı olarak hepatit B mortalite hızında mütevazı bir düşüş görülmüştür. Hepatit B olguları en fazla 25-44 cinsel olarak aktif ve fertil yaş grubu arasında görülmektedir. 0-4 yaş grubuna büyük oranda Hepatit B aşısı yapılmaktadır (Tablo 12).

Tablo 12. Hepatit B Olgularının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş grubu	Olgu Sayısı	Dağılım yüzdesi
0	22	0.4
1-4	119	2.0
5-9	308	5.3
10-14	296	5.1
15-24	1919	33.0
25-44	2217	38.1
45-64	737	12.7
65+	195	3.4
Toplam	5813	100.0

Hepatit B'nin önemi son on yıl içerisinde anlaşılmış, bütün kan verenlerin kanları ve belirli risk grupları testlere tabi tutulmuşlardır. Rutin test ve incelemelerin sonuçları Tablo 13'te verilmiştir. Bölge ve çalışma nüfusuna bağlı olarak %3.86 ve %8.9 oranlarında değişim göstermektedir. HBsAg pozitivitesi Erzurum ve Diyarbakır'da daha yüksektir. Tam bir hastalık tablosu Kızılay Kan Merkezlerinden bulunabilir. HBsAg seropozitivitesinin 1985-89 yıllarında %4.71 iken 1990-95 yılları arasında yüzde %5.11'e yükselmiştir. Bu durum enfeksiyonun kendine özgü durumunu muhafaza ettiğini göstermektedir. Çeşitli risk grupları arasında, enfeksiyon sıklığı yüksektir. Buna ek olarak; öksüzler arasındaki oran ulusal rakamlardan daha yüksek olmak suretiyle 8.5'tir. Türkiye'deki hamile kadınlar ve ailelerinde hepatit B virüsü enfeksiyonunun prevalansı üzerine yapılan bir çalışmanın sonuçları kadınlarda ve ailelerinde yüksek bir prevalans oluştuğunu göstermektedir (69).

Tablo 13. Türkiye'de Çeşitli Grupların Kan Testlerinin HBsAg Seropozitivitesi

Test edilen grup	Kurum	Yer	Yıl	Sayı	Oran (her 100'de)
Kan verenler	Kızılay Kan Merkezleri	Türkiye	1985-89 1990-95	1.583.745 2.507.551	4.71 5.11
Kan verenler	Atatürk Üniversitesi Hastanesi Kan Merkezi	Erzurum	1993	10.098	8.83
Kan verenler	Üniversite/ SSK/ Devlet Hastaneleri	Diyarbakır	1988-91	24.156	8.90
Kan verenler	GATA Mikrobiyoloji	Ankara	1995	10.523	5.06
Kan verenler	Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Kan Merkezi	Ankara	1978 1986	4.100 26.047	5.00 3.86
Gebe kadınlar	SSK Bakırköy Kadın Doğum	İstanbul	1991	2.207	5.12
İlkokul öğrencileri	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi	Erzurum	1991	190	7.4
Hastane Sağlık Personeli	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi	Erzurum	1982	430	13.7
Hastane dışı Sağlık Personeli	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi	Erzurum	1982	100	11.0
Hastane Çalışanları Hekimler Dişçiler Hemşireler Hasta Bakım Personeli Aşçı-digerleri	GATA Mikrobiyoloji	Ankara	1985	135 15 82 84 40	9.5 6.6 18.4 10.7 22.5
Öksüz Çocuklar	Çocuk Bakım Evleri	İstanbul	1994	117	8.5

Bunlara ek olarak; Türkiye'deki CYBE seropozitivitesinin yüksek oranlarını gösteren çeşitli akademik çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Makul bir örnek büyüklüğüne dayalı çalışma sonuçları, risk grupları ve CYBE'lerin boyut ve büyüklüğü hakkında belirli fikirler verebilmektedir. 1.2 milyon kişiyi kapsayan çeşitli çalışmaların analizinde, kan verenler ve sağlıklı yetişkinle arasındaki HBsAg pozitivitesi insidansı yaklaşık %6 olarak bildirilmiştir (64). Bazı risk grupları üzerinde yapılan hepatit B seroprevalansı çalışması, prevalansın uzun zamandır yüksek olduğunu göstermiştir. Seropozitivite seks çalışanlarında (HBsAg ve Anti-HBs) %52.1, eşcinsel erkeklerde %53.7, sağlık çalışanlarında %41.2 ve kontrol gruplarında % 26.2'dir (29).

Gonore, Trikomoniyaz ve genital Klamidya enfeksiyonu ve diğer genital enfeksiyonlar

Gonore konusundaki araştırmalar, çoğunlukla diğer CYBE'lerle ilgili epidemiyolojik çalışmalardır ve sonuçlar alt-sonuçlar olarak sunulmuştur. Enfeksiyonun, semptomları özellikle üretritli hastalarda yüksek sıklıkta olması beklenmektedir. Bunun tedavisi kolaydır ve semptomları olan çoğu insan, tedavi için eczanelere gidip antibiyotik almaktadır. Maalesef, gonore prevalansının özellikle penisilin olmak üzere antibiyotiklere gösterdiği direnç konusunda bir çalışma bulunamamıştır. N. gonorrhoeae'nin antibiyotiklere direnç gösterdiği iyi bilinmektedir. Herhangi bir kadın hastalıkları ve doğum kliniği ya da aile planlaması kliniklerinde, vajinal akıntısı ya da üretriti olan kadınların muayenesi sırasında etken araştırılabilir. Gonore enfeksiyonunun dağılımı ve sıklığı diğer CYBE'ler hakkında da bir fikir vermektedir. Ayrıca, ophtalmia neonatorum konusunda bir çalışma çok nadir olarak bulunabilmektedir. Sağlık Bakanlığı kayıtlarına göre 1997'de 347.7 gonore teşhisi yapılmış ve 1999'da 1.000 kayıtlı hayat kadınından 572.8'i ve 2003'te 412.5'i CYBE'ler konusunda düzenli taramadan geçmiştir (82, 84). 1997 verileri ve 1999 yılıyla karşılaştırıldığında, gonorenin kayıtlı hayat kadınları arasında çok sık görüldüğü, müşteri sayısının yüksek olduğu ve müşterilerle cinsel temas başına kondom kullanımı oranının düşük olduğu görülmüştür (56). T. vaginalis sıklığı vajinal akıntısı olan kadınlarda %15 (31) vajinit tanılı kadınlarda %19.5 (97) olarak belirlenmiştir. N. gonorrhoeae, T. vaginalis ve C. trachomatis Türkiye'de sıklıkla görülmektedir. 2006 ve 2007'de İstanbul, Ankara, Trabzon ve Gaziantep illerinde belirlenmiş Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanelerinde bulunan sentinal merkezlerde 2060 gebede, gönüllülük esasına göre yapılan çalışmada 3 vakada sifilize rastlanmıştır. Bahsi geçen çalışmanın Ankara, İstanbul ve İzmir illerinde kayıtsız seks işçileri, damar içi madde kullanıcıları ve eşcinsel erkekler gibi yüksek risk altındaki gruplara ait toplam 252 kayıtsız seks işçisinin 19'da sifilize rastlanmıştır. Söz konusu gruplarda bakılan gonore, C. trachomatis, hepatit B ve sifiliz sonuçları altta verilmektedir (115).

Tablo 14: Sentinal merkezlerde HIV, hepatit B, sifiliz, gonore ve Chlamydia test sonuçlarının dağılımı

	Kayıtsız seks işçileri		Eşcinsel erkekler		Damar madde kullanıcıları		Hamileler	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
HIV	2	0,8	3	1,8	1	1,5		
Hepatit B	6	2,4	6	3,6	2	2,9	47	2,3
Sifiliz	19	7,5	18	10,8	1	1,5	3	0,1
Gonore	7	2,8	5	3,0	1	1,5	10	0,5
C. trachomatis	3	1,2	4	1,8	2	2,9	19	0,9

İstanbul'da üretritli erkeklerde C. trachomatis enfeksiyonu prevalansı %15,7, N. gonorrhoeae prevalansı ise %9,4 olarak saptanmıştır (16). Ülkemizde gonore enfeksiyonlarının insidansına bakıldığında üretritli erkeklerde bu oranın %15,9-21,6 (30,63) arasında değiştiği vajinal akıntısı olan kadınlarda ise %1,5-1,7 (31,97) arasında olduğu bildirilmiştir. Son yıllarda Batı ülkelerinde en sık rastlanan CYBE etkenlerinden biri olarak kabul edilen genital C. trachomatis enfeksiyonları üzerinde ülkemizde de yapılan çalışmaların sayısında da artış bulunmaktadır. C. trachomatis'in çeşitli gruplardaki dağılımı aşağıdaki tablo 15' de özetlenmiştir (13).

Tablo 15. Çeşitli gruplarda C. trachomatis enfeksiyonlarının prevalansı

Grup (Çalışılan şehir)	Tanı metodu	Hasta sayısı	Pozitiflik durumu (%)
Jinekoloji hastaları (İstanbul)* (İzmir)**	Hücre kültürü Hücre kültürü, DFA	86 247	0 33
Obstetrik hastalar	Hücre kültürü	190	1
Aile planlaması grubu (İstanbul)	ELISA	696	5
Kadın infertil hastalar İstanbul İzmir	ELISA DFA	52 212	8 9
Seks işçileri			
Kayıtsız kadın seks işçileri (İstanbul)	DFA	90	14
Kayıtlı kadın seks işçileri (İstanbul)	DFA	158	12
Kayıtlı kadın seks işçileri (İzmir)	DFA	224	25
Erkek homoseksüel seks işçileri (İstanbul)	Hücre kültürü, DFA	25	4
Erkek CYBE hastaları (İstanbul) (İzmir)	Hücre kültürü, DFA, ELISA DFA	227 126	21 6

* Asemptomatik, ** %62 semptomatik
DFA: Direkt Fluoresan Antikor testi
ELISA: Enzim immunoassay

Yukarıdaki tablodan da anlaşıldığı gibi C. trachomatis enfeksiyonlarının prevalansı özellikle seks işçilerinde oldukça yüksektir. Diğer gruplara bakıldığında ise bu prevalans düşük kabul edilebilir. Ancak İzmir'de jinekoloji

hastalarında %33 olan *C. trachomatis* prevalansı da göz ardı edilemez. Bütün bunlar ülkede bölgeler arası farklılığı ve grupların detaylı bir şekilde tüm CYBE yönünden araştırılması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Genital klamidy enfeksiyonu ile ilgili yukarıda belirtilen çalışmalara her gün bir yenisi eklenmektedir. Örneğin bir tarama çalışmasında genital klamidy enfeksiyonunun prevalansı kayıtlı ve yasa dışı çalışan seks işçileri arasında pozitiflik yönünden anlamlı bir fark görülmemiştir. Kayıtlı çalışan kadınların %12'sinde yasa dışı çalışan ve polis tarafından yakalanıp muayeneleri İstanbul Deri ve Zührevi Hastalıklar Hastanesinde yapılan kadınların ise %14.4'ünde *C. trachomatis* enfeksiyonu saptanmıştır(12). Yasa dışı çalışan kadınların tamamının Romen uyruklu olması ise dikkat çekici özelliktir. Diğer bir önemli özellik ise bu çalışmada *C. trachomatis* pozitif bulunan seks işçilerinin kondom kullanma alışkanlığının bulunmamasıdır.

İstanbul'da yapılan bir çalışmada genital klamidy enfeksiyonlarının sıklığı toplumda %4.9 olarak belirlenmiştir (78) İstanbul Tıp Fakültesi Dermatoloji ve Veneroloji Bilim Dalı'nda 1989 yılında yapılan bir çalışmada ise, İstanbul'da Üniversite kapsamında ilk CYBE kliniğinin sonuçlarıdır; toplam 586 CYBE etkeni 495 hastada saptanmıştır. Hastaların 81'inde birden fazla CYBE etkeni belirlenmiştir. Kadınlarda en sık rastlanan enfeksiyon *Candida* ve *Gardnerella vaginalis* vajiniti olmuştur. Erkeklerde en sık rastlanan enfeksiyon ise sifiliz olarak belirlenmiştir. Kadınlarda sifiliz dördüncü sırada yer alan etken olarak bulunmuştur. Erkeklerde özellikle nongonokoksik üretrit etkenleri syphilis ve *Ureaplasma urealyticum* enfeksiyonlarından sonra yer almıştır. HIV pozitifliği ise yurt dışında yaşayan iki erkek hastada saptanmıştır (75). Yukarıda bahsedilen bu veriler İstanbul'da bulunan ilk CYBE kliniğinin verileri açısından önemlidir. Ancak günümüze baktığımızda bu tip çalışmaların sayısının fazla olmadığı ortaya çıkmaktadır (93). İstanbul'da kayıtlı seks işçileri arasında Herpes simplex virus enfeksiyonu prevalansı %1.4 6 arasında değişmektedir (111,112). İstanbul'da insan papilloma virusu (HPV) yönünden araştırılan bir çalışmada yaşları 22-50 arasında değişen ve pap-smear sonuçlarında atipik değişiklikler belirlenen kadınların %16.9'unda yüksek risk grubu HPV-DNA'sı saptanmıştır. Aynı çalışmada yaşları 18-67 arasında değişen asemptomatik kadınlarda ise %6.1 HPV-DNA yüksek risk grubu pozitifliği belirlenmiştir (11). İstanbul'da yapılan bir çalışmada nongonokoksik üretrit etkeni olarak *C. trachomatis* %7.4, *T. vaginalis* %2.1 oranında bulunmuştur (40). *Candida* enfeksiyonlarının sıklığına baktığımızda ise toplumda %5.2 (35), vajinal akıntısı olan kadınlarda %3.5 (31), vajinit tanılı kadınlarda ise %19.5 (97) olarak belirlenmiştir.

CYBE-HIV/AIDS Epidemiyolojisi'nin Sosyal Özellikleri

Epidemiyolojik çalışmalardan elde edilen veriler HIV/AIDS'i de içermek üzere CYBE'lerin prevalansı ve insidansının bölgeler, iller, kırsal ve şehir nüfusunda ve hatta ülkeler içindeki benzer gruplar arasında bile büyük ölçüde değiştiğini göstermektedir. Genelde, CYBE'lerin prevalansı şehirde yaşayan evlenmemiş bireylerde ve genç yetişkinlerde yüksektir. Türkiye'nin bazı özellikleri CYBE-HIV/AIDS konusunda belli avantajlar sağlamaktadır (106,107,108). Bunlardan birincisi, halen toplum üzerinde etkiye sahip olan güçlü sosyal baskıdır. Namus ile ilgili güçlü sosyal kontrolün etkisi hem kırsal kesimde hem de şehirlerde düşük boşanma oranı ile kendini göstermektedir; gelişigüzel insanlarla seks ve evlilik dışı ilişkilere sert tepki; özellikle kadınlar için ilk cinsel deneyimin nispeten yüksek bir yaşta olması; sıkı aile ve akrabalık ilişkileri, daha az riskli davranış modellerine ve daha düşük CYBE ya da HIV/AIDS enfeksiyonlarına neden olmaktadır. Ancak nüfusun çok dinamik olması, şehirleşmenin halen gelişme sürecinde olması, kırsal kesimden şehire ve ülke dışına göç özellikle genç ve çalışan yaş grubunda yüksek olması cinsel bakımdan riskli davranışları beraberinde getirebilmektedir. Bunu yanı sıra, geleneksel yapı, bilgi teknolojilerindeki gelişmeler, genişleyen iletişim ağları ve şehir hayatının egemen olmasıyla oluşan daha ılımlı ve liberal bir yapı cinselliğe daha açık bir ortam sağlamaktadır. Mevcut sağlık hizmeti sisteminde, tüm ülkedeki sağlık altyapısı ve sağlık işgücü açısından ciddi problemler vardır. Ayrıca sağlık personeli de motive edildiklerinde ve 1985 yılında aşı kampanyası, çocuk felcini yok etme programında olduğu gibi devlet desteği aldıklarında ne kadar başarılı çalışmalar yaptıklarını göstermişlerdir. Ek olarak, HIV/AIDS alanında, aktif çalışan bazı STK'lar bulunmaktadır. Sınırlı kaynaklarına rağmen, STK'lar olgu bulma ve önleme faaliyetlerinde aktif katılıma tam bağlılık göstermektedirler. STK'lar aynı zamanda hükümetleri motive eden itici güç olmuşlardır. Öte yandan Türkiye'nin bazı özellikleri ve şartları, HIV/AIDS'i de içermek üzere CYBE'ler konusunda dezavantajlıdır. Genç yaş nüfus grubu (0-25 yaş grubu) toplam nüfusun yarısını oluşturmaktadır. Oldukça hareketli ve liberal yaşam biçimlerine ve korumasız cinsel deneyimlere açıktır bu nedenle de CYBH ve HIV/AIDS konularında hassas ve savunmasızdır. Üreme sağlığı konusunda adolesanlar için sağlık hizmetleri ülke çapında değildir. Türkiye'nin coğrafi konumu CYBE'ler/ HIV/AIDS açısından risk teşkil etmektedir. Türkiye

uluslararası seyahat ve ticaret yolu üzerinde bulunmaktadır. Ayrıca, yüksek CYBE ve HIV/AIDS insidansına sahip bazı ülkelere de yakındır. Afrika ülkelerinden gelen yasa dışı erkek işçilerin kontrolsüz girişleri ve Doğu Avrupa'dan gelen seks işçileri CYBE ve HIV/AIDS'in sayısını artırmaktadır.

CYBE Danışmanlık Hizmeti

Türkiye'de sivil toplum kuruluşları ve merkezler tarafından organize edilen CYBE konusundaki danışmanlık hizmeti ve bu konuda yayımlanan çalışmalar oldukça önem arz etmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan CYBE Vaka Yönetim Rehberi buna en önemli bir örnektir. Ayrıca konu ile ilgilenen hekimlere bilimsel açıdan yardımcı olmak adına yayımlanan Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Yayını olan "Cinsel Temasla Bulaşan Hastalıklar" kitabında gerekli bilgiler tüm detayları ile yer almaktadır. CYBE Tanı Testleri Kayıtlı olsun ya da illegal olarak çalışan yakalanmış kayıtsız seks işçileri olsun rutin CYBE testleri arasında, hepatit B, sifiliz, gonore, HIV gelmektedir. Hep B, sifiliz ve HIV kişilerden alınan kan örneklerinde incelenmektedir. Ayrıca vajinal bölgeden alınan preparasyonlarda mikroskopik olarak mikrobiyolojik etkenler araştırılmaktadır. Mikrobiyolojik etkenler için kültür yapılmamaktadır (10, 86). Sifiliz testi için kan örneklerinde RPR, VDRL ve TPHA, gonore için Gram boyama mikroskopisi yapılmaktadır. Ayrıca lam-lamel arası preparasyonlar yapılarak Trichomonas. Vaginalis araştırılmaktadır (23,86). Sifilizde RPR ya da VDRL testlerinden biri yapılmakta doğrulama amacıyla ise TPHA testi yapılmaktadır. Özellikle bu merkezlerde çalışanlar testlerle ilgili deneyimlerini aktardıklarında VDRL/RPR testlerinin karbon partiküllü antijen olması gerektiğini, TPHA testinde ise liyofilize antijen tercih edilmemesi gerektiğini testlerde alınacak sonuçların başarısı açısından özellikle vurgulamaktadırlar (86). Ayrıca özellikle Üniversite Hastanelerinde örneğin İstanbul Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'nda Treponema pallidum spesifik IgM testi de yapılmaktadır. Bu test tedavinin izlenmesinde ve konjenital sifiliz olgularının araştırılmasında önemli rol oynamaktadır (7). Seks işçilerinde C. trachomatis testi rutin testler arasında henüz bulunmamaktadır. Ancak bildirim zorunlu testler listesine alınması nedeniyle bu testin yapılması için gerekli şartların oluşturulması ve standardize edilmesi amacıyla çalışmalar yapılmaktadır. Türkiye'de bazı CYBE etkenlerinin tanısında referans laboratuvarlarında tercih edilen tanı testleri tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 16. Türkiye'de bazı CYBE etkenlerinin tanısında referans laboratuvarlarında tercih edilen testler (10,86)

Etken	Tarama testi	Doğrulama testi
Virus		
HBV	ELISA	Hibridizasyon/PCR
HCV	ELISA	PCR
HSV tip1,2	ELISA Ag/DFA Ag	PCR
HPV	Hibridizasyon	PCR
HIV	ELISA (4. Jenerasyon)	Western blot
Bakteri		
C. trachomatis	PCR/TMA	PCR
N. gonorrhoeae	Kültür	PCR
U.urealyticum	Kültür	PCR
T. pallidum	VDRL/RPR	TPHA/ELISA-IgM
Mantar		
C. albicans	Kültür	-
Parazit		
T. vaginalis	Lam lamel arası preparasyon	Kültür

HBV: Hepatit B virusu
HCV: Hepatit C virusu
HSV: Herpes simplex virusu
HPV: İnsan papilloma virusu
HIV: Human immunodeficiency virus
RPR: Rapid Plasma Reagin

ELISA: Enzim immünassay
DFA: Direkt floresan antikor
PCR: Polimeraz zincir reaksiyonu
TMA: Transkripsiyon esaslı amplifikasyon
VDRL: Venereal Diseases Research Laboratory

Bazı CYBE Etkenlerinin ve İlgili Marker'ların Test Ücretleri

CYBE etkenlerinin tarma testlerinin finansmanı test yaptıracak bireylerin devlete ait ya da özel sektöre ait sigortaları tarafından karşılanmaktadır. Herhangi bir kamu kurum ve kuruluşlarda çalışmayan ve maddi yönden ihtiyacı bulunan kişilerde ise Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanan "yeşil kart" ile testlerin yapılması güvence altındadır. Ancak yeşil kart uygulamasının Sağlık Bakanlığına bağlı Devlet hastanelerinde geçerli olması ve bazı durumlarda da bu testlerin bu hastanelerde yapılmayışı ve sevk edildikleri merkezlerden (özellikle üniversite hastanelerinden) kabul edilmemesi bireyleri zor duruma düşürmekte ve testlerini belirli merkezlerde, örneğin üniversite hastanelerinde kendi imkânları doğrultusunda yaptırmaya yolunu teşvik etmektedir. Ayrıca genel anlamda yeşil kart imkânından birçok sebeple yararlanmayan ve sosyal sağlık güvencesi olmayan bireyler ya da sağlık sigortası bulunup da testlerin kendi sigortaları kapsamındaki merkezde yapılmaması nedeniyle söz konusu testleri yaptıramayan bireyler testleri ya kendi imkânları doğrultusunda karşılamak zorunda kalmaktadırlar ya da yaptırmamaktadırlar. Türkiye'de CYBE etkenlerinde kullanılan tarama testlerinin maliyetlerinin düşük olması buna karşın doğrulama testleri (örneğin HIV-Western-blot, HIV viral yük, antijen saptanması) gibi testlerin oldukça yüksek maliyete sahip olması diğer bir problemidir (4) (Tablo 17)

Tablo 17. Bazı CYBE-HIV/AIDS testlerinin ve ilgili marker'lerin ücretleri (TL)

Testler	Sevklı hasta	Ücretli hasta
HBsAg	16.5	25
HCV	16.5	25
VDRL/RPR	4.4	5
TPHA	13.2	13.5
Western blot	55	131
CD4/CD8	-	100

Türkiye'de HIV/AIDS'de Genel Durum

Türkiye'de HIV testi aşağıdaki gruplar için zorunludur (86).

- Kan donörleri
- Kayıtlı kadın seks işçileri
- Yasa dışı çalışan seks işçileri
- Risk teşkil edecek yerlerde çalışanlar
- İnvaziv tıbbi müdahale edilecek olanlar
- Evlenecek çiftler (Sağlık Bakanlığı "Tıbbi Danışmanlığı" evlilik öncesi çiftlere verilmesi gerektiğini önerdiği, ancak doktorların bu konuda risk almak istememeleri ve evlenme dairelerinin test yapılmadan işleme başlamama gibi nedenleri doğrultusunda testler evlenecek çiftlere uygulanmada bir çok merkezde kendiliğinden zorunlu hale gelmiştir).

HIV Testi Uygulama Merkezleri

Türkiye'de HIV testi tüm şehirlerde mevcut olup bu test hem kamu hem de özel sektör tarafından yapılmaktadır (28,33,74,86,104). Kamu kurum ve kuruluşlarında HIV testi yaptıranların kimliği gizli tutulmaktadır (20,28,74,93). Ancak bu konuda uygulamada görülen bazı aksaklıkların bazen kimliklerin basın yoluyla topluma sızmasına sebep olabilmektedir. Özellikle HIV testi yaptıracak kişilerden istenilen erişim bilgileri (adres ve telefon numarası) gizlilik ilkesine ters düşmektedir. Ancak hiçbir şekilde HIV testi yaptıracak insanlardan kimlik belgesi istenmemesi de kişilerin bu bilgileri ne kadar doğru verdikleri düşüncesini akla getirmektedir. Test yapılan kişilerin tıbbi kayıtları genellikle kodludur. Bu kod soyadının ilk iki harfinden ve adın, baba adının ve ikametgâhlarının ilk harflerinden ve doğum yılının son iki rakamından oluşmaktadır. Gizlilik ilkesinde çelişkiler nedeniyle riskli ilişkide bulunan veya kendinde bu konu ile ilgili kuşku bulunan kişiler istisnalar dışında genellikle özel sektöre başvurmaktadır. Ancak bu merkezlerde testlerin maliyetinin pahalı olması ve pozitif olguların doğrulama merkezlerine sevk edilmesi bazen test yaptırmayı caydırıcı hale getirmektedir. HIV testinin ücretsiz olmaması, utanma ve deşifre olma duygusu bazı durumlarda HIV testi yaptırmayı isteyen ve HIV geçişi bakımından yüksek riskli davranış hikâyesi bulunan bireyleri ücretsiz HIV testi yaptırmaya onanmasını sağlayan kan merkezlerinde kan bağışı yapmaya yönlendirmektedir (65).

HIV Danışmanlığı

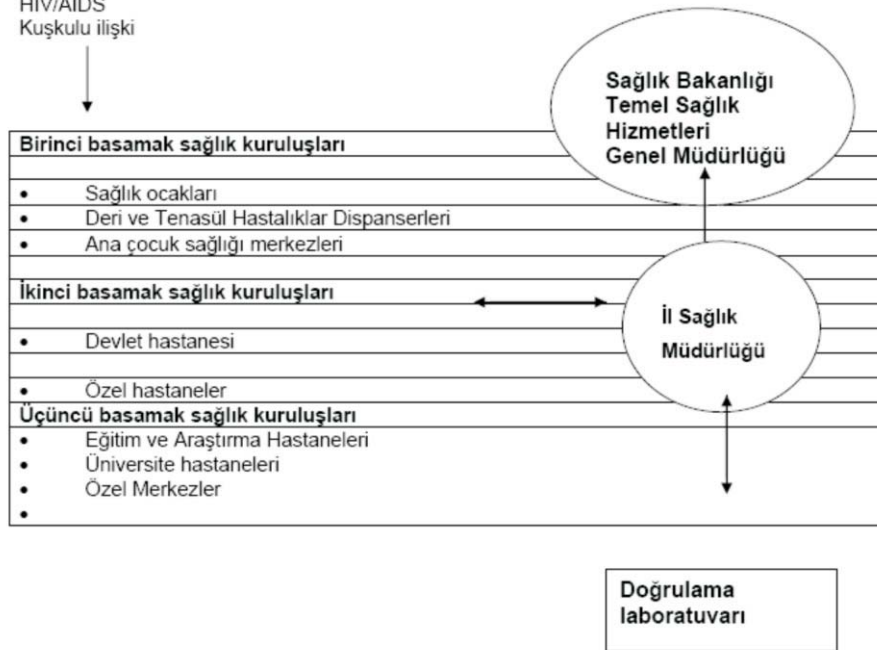
Ülke genelinde danışmanlık hizmeti veren kuruluşların ve bu konuda eğitimli personelin sayısı henüz yeterli bir sayıya ulaşmamıştır. Sağlık Bakanlığınca 2006-2007'de “HIV/AIDS Önleme ve Destek Programı” kapsamında Ankara, İstanbul, İzmir, Gaziantep, Trabzon ve Antalya illerinde Gönüllü HIV Test ve Danışmanlık Merkezlerine kurumsal bir yapı kazandırılmaya çalışılmış, 81 ili kapsayacak şekilde özellikle 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarında ilgili ve gönüllü sağlık personeline Gönüllü HIV Test Danışmanlığı eğitimleri verilmiş ve bu konuyla ilgili rehber kitap hazırlanmıştır. HIV test danışmanlığı doğrulama merkezlerinde sınırlı olanaklar çerçevesinde gerçekleşmektedir. Ayrıca sivil toplum kuruluşları danışmanlık konusunda yaygın çalışmalar yapmaktadırlar (20,74,86,104).

HIV Test Uygulaması

Ülke genelinde ELISA prensibine dayalı testler yapılmaktadır. ancak seçilmiş GDT merkezlerinde gönüllülük esasına dayalı olarak hızlı HIV testleri yapılabilmektedir. Test pozitif bulunduğunda ikinci kez tekrarlanmakta ve pozitiflik durumunda doğrulaması Western-blot yöntemi ile yapılmaktadır (86). İkinci kez HIV testi pozitif bulunan örnekler en yakın doğrulama merkezlerine gönderilmektedir. Pozitif olduğu saptanan örneklerin doğrulama merkezlerine gönderilmesi İl Sağlık Müdürlüğü aracılığı ile bu konuda tahsis edilmiş görevli tarafından gerçekleştirilmektedir. Doğrulama merkezine iletilen kanlar HIV yönünden test edildikten sonra İl Sağlık Müdürlüğü bilgilendirilir. Müdürlük aracılığı ile testin ilk yapıldığı laboratuvar da testin durumu hakkında bilgilendirilir. Testin sonucunun pozitif çıkması durumunda, İl Sağlık Müdürlüğü ilgili sağlık birimiyle temasa geçerek D-86 formunu doldurur ve Sağlık Bakanlığına, kişinin kimlik bilgileri kodlanarak kapalı bir zarf ile bildirimini yapılır. Türkiye'de HIV/AIDS bildirimini şekil 2'de özetlenmiştir. HIV tanısında izlenen algoritm değerlendirilmeleri ise şekil 3'de özetlenmiştir (36,85,86).

Şekil 2. Türkiye'de HIV/AIDS bildirimini

HIV/AIDS
Kuşkulu ilişki



HIV Doğrulama Merkezleri

Türkiye'de dokuz adet HIV doğrulama merkezi Sağlık Bakanlığı tarafından tanımlanmaktadır (23). Bu merkezler sırasıyla;

- 1- Ankara Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi
- 2- Kızılay Derneği Ankara Kan Merkezi
- 3- Gülhane Askeri Tıp Akademisi
- 4- İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
- 5- İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
- 6- İstanbul Deri ve Tenasül Hastalıkları Hastanesi
- 7- Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
- 8- Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
- 9- İzmir Hıfzısıhha Enstitüsü

Türkiye'de HIV testi bütün illerde yapılmakta ancak sonuçların zamanında ve kısa zamanda hastaya iletilmesi konusunda bölgeler arası farklılıklar yaşanmaktadır. Ayrıca bazı test merkezlerinde alınan yalancı pozitif sonuçlar örneklerin doğrulama merkezlerine gönderilmesi ve bu nedenle oluşacak gecikmeler nedeniyle test yaptıracak bireylerin uzun süre beklemesine neden olmaktadır. Genellikle bazı merkezlerde HIV testleri hergün yapılıp sonuçlar aynı gün bildirilirken bazen sonuçların alınması 10 gün ile 2 ay arasında değişmektedir. Test sonuçlarının alınmasında yaşanan gecikmeler test yaptırmış olan veya yaptıracak olan bireyleri özellikle psikolojik açıdan olumsuz yönde etkilemektedir.

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Doğrulama laboratuvarı İl Sağlık Müdürlüğü

HIV Testinde İzlenmesi Gereken Yol ve Testin Kalite Kontrolü

Tüm HIV testi yapan merkezler ELISA testi uygulamaktadırlar (85,86). Bu merkezlerde genelde iki farklı ELISA testi mevcut bulunurken bazı merkezlerde bir tek ELISA testi ile sınırlı kalmaktadırlar. Testin pozitif çıkması durumunda hastadan tekrar kan alınarak örnek aynı ELISA testi ile işleme tabi tutulmaktadır (Şekil 3). Bazen ikinci kez kan alınması hastayı psikolojik olarak rahatsız etmekte ve yalancı pozitiflik durumlarında hastada panik oluşmasına neden olmaktadır. Ayrıca bazı merkezlerde yeterince duyarlı ve özgül testlerin tercih edilmemesi yukarıda belirtilen sıkıntıları beraberinde getirmektedir. Ancak genel anlamda birçok merkez uluslararası standartlara uymaya çalışmakta ve bu amaçla iç ve dış kontrollerini içeren uygulamaları laboratuvarlarında işleme sokmaktadır. Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü kriterleri esas alınarak algoritmalar belirlenmektedir. Bu konuda Türkiye'de referans laboratuvarları standartlarında hizmet veren merkezler oldukça iyi çalışmakta ve uluslararası standartları yerine getirmektedir. Bu amaçla Dünya Sağlık Örgütü önerdiği test sistemlerini kullanmakta ve bu konuda çaba harcamaktadır (86).

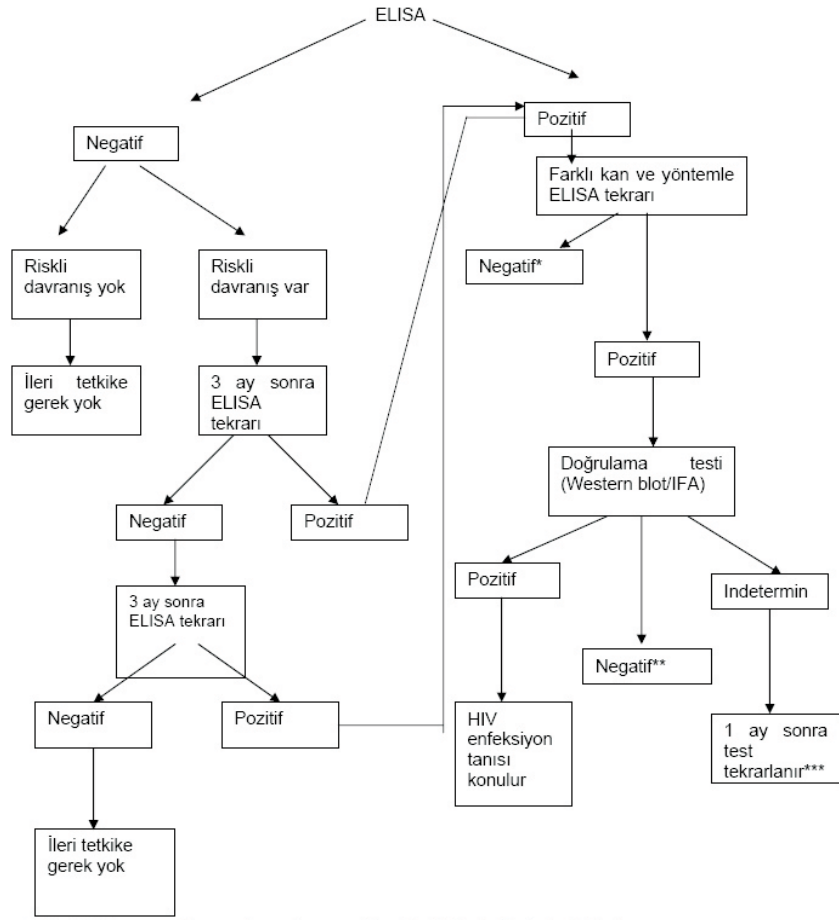
Enfeksiyonlarının Tedavisi

Türkiye'de HIV enfeksiyonları yönünden uygulanan tedavi şemaları uluslararası literatüre uyumlu bir şekilde gerçekleştirilmektedir (2,3,36,55). Bu konu üzerinde yapılan ve ülkemizde HIV enfeksiyonlarının tedavisindeki gerçeklere ışık tutacak bir çalışma İstanbul, Ankara ve İzmir'de yaşayan 23 HIV enfeksiyonlu hastada anket çalışması tarzında yapılmıştır (45). Hastalara 20 soru içeren bir anket çalışması uygulanmıştır. Ankete katılan hastaların %52'si beş yıldan uzun süredir HIV enfeksiyonu ile yaşamaktadır. Hastaların oldukça az bir bölümü (%17) tanı konmadan önce bu hastalığın kendilerinde olabileceğini düşünmüşlerdir. Hastaların %9'una tedaviye tanı konduktan 2-5 yıl sonra, %9 hastada da 5-10 yıl sonra başlanmıştır. Hastaların %43'ü her zaman aynı doktor tarafından takip ve tedavi edilmiştir. Hastalığı hakkında tam veya oldukça iyi bilgi alabildiğini belirten hasta sayısı fazla (%87) olmasına rağmen, bunların yaklaşık yarısı hâlâ bilmedikleri bazı konular olabileceğini düşünmektedirler. Antiretroviral tedavi uygulanan hastaların ancak %58'i doğru ve yeterli tedavi aldıklarına inanmaktadırlar. Tedavi almayanların yarısı kendileri istemedikleri için, dörtte biri doktorları önermediği için, dörtte biri de sosyal güvenceleri olmadığı için tedavi olmadıklarını bildirmişlerdir. En çok tercih edilen tedavi rejimi 1 Proteaz inhibitörü+2 Nükleozid revers transkriptaz inhibitörü (NRTİ) kombinasyonudur. Bunu 1 Nonnükleozid revers transkriptaz inhibitörü (NNRTİ)+2 NRTİ kombinasyonu izlemiştir. Bir hasta hariç tüm hastalar kullandıkları ilaçların ismini ve dozlarını doğru olarak yazabilmişlerdir. Tedavi alan hastaların %37'si ilaçlarını düzenli elde edemediklerini, %37'si de arada bir aksama olduğunu bildirmişlerdir. Yalnız %26 hasta ilaç

kullanırken doz atlamadığını bildirirken, %9 hasta ilaçlarını düzensiz kullandığını belirtmiştir. İlaç kullanırken karşılaşılan en önemli sorunlar ilaçlardan fizik rahatsızlık duyma (%38), işyerinde ilaç almanın zorluğu (%21) ve ilaç sayısının fazlalığı (%21) olarak sıralanmıştır. Hastaların hepsi viral yüklerinin ve CD4+ hücre sayılarının ölçüldüğünü bildirmiş, yarısı da test sonucu değerlerini yazabilmişlerdir. CD4 sayısı dört hastada 500/mm³'ün üzerinde bulunmuş, hem tedavi alıp hem de viral yük değerini bilenlerin %90'ında viral yükün saptanabilir düzeyin altında olduğu gözlenmiştir. Hastaların %79'u ilaçlardan yarar gördüklerine inandıklarını belirtmişlerdir. Düzenli olarak tedaviye çağrılan hastaların çoğu (%92) her randevuya gitmektedirler. Fırsatçı enfeksiyonlar hastaların %22'sinde görülmüştür. Tedavi alan hastaların %47'si aldıkları ilaçları değiştirmeden, %10 hasta daha iyi bir tedavi rejimi önerildiği için, %37 hasta da yan etkileri nedeni ile tedavilerini değiştirdiklerini belirtmişlerdir. HIV/AIDS tanı ve tedavisi ile ilgili uygulanan protokoller Sağlık Bakanlığı ile Avrupa Birliği destekli Türkiye Üreme Sağlığı Programı çerçevesinde 21-22 Temmuz 2004 tarihinde Ankara'da düzenlenen HIV/AIDS Tanı Tedavi Standardizasyonu çalıştayında ele alınmış; buna göre bu konu ile ilgili görüşler aşağıdaki şekilde değerlendirilmiştir (85).

- 1- HIV enfeksiyonun tedavisi süreklilik arz eden ömür boyu sürecek bir tedavidir. Bu nedenle ilaç temin problemlerinin yaşanmaması, hastaların ilacı temin etmesindeki ana sorun olan sosyal güvenlik problemlerinin ve bürokratik işlemlerin kısa sürede çözülmesine;
- 2- Hastaların tanı ve takibinde gerekli olan Western blot, viral yük ve viral direnç testlerinin çalışılacağı, kısa sürede sonuç verebilecek güvenilir merkezlerin kurulması ve tüm sosyal güvence sistemlerinin bu merkezlerde geçerli olmasına;
- 3- İlaçların hastaların bağlı bulunduğu kurumlar dışında, devlet tarafından sağlanabilmesine;
- 4- Resmi evraklarda “Edinsel immün yetmezlik sendromu veya Retroviral sendrom” tanılarının kabul edilmesi;
- 5- Tedavi şemalarında kilit ilaçlar olan oral gansiklovir ve efavirenz preparatlarının temin edilmesine gereksinim vardır.
- 6- HIV enfeksiyonu tanısı alan hastalarda temel ve fırsatçı enfeksiyonlara yönelik rutin kan testleri, biyokimyasal ve serolojik testler, görüntüleme yöntemleri ve benzeri incelemeler önerilen aralıklarda yapılmalı, temas öncesi ve sonrası korunma amacıyla uygulanacak kemoprofilaksi yöntemleri ve bağışıklama yöntemlerine öneriler ölçüsünde uyulmalıdır.
- 7- HIV/AIDS tanı, izleminde kullanılan yöntemler ile tedavi uygulamalarının gelişen tıp bilimi ile hızlı değişimleri göz önüne alınarak belli aralıklarla güncellenmesi gereklidir.
- 8- HIV/AIDS tanısı alan hastaların tedavi ve takibini yapan merkezlerin imkânlarının belirlenmesi ve Sağlık Bakanlığınca koordinasyonun sağlanması, uygun sevk zincirinin geliştirilmesi, kayıt ve bildirimlerin güncelleştirilmesi, bu hastaların bildiriminde gizlilik esasına uyulması ve hasta haklarının ihlal edilmemesi
- 9- HIV/AIDS ve cinsel sağlık eğitiminin, başta ilköğretim, lise ve üniversite gençliği ve riskli davranışı olan gruplar olmak üzere toplumun tüm kesimlerine verilmesi ve bu konuda görsel ve yazılı medyadan destek alınması
- 10- HIV/AIDS hastalığı konusunda danışmanlık hizmeti verecek kişilerin sayısı arttırılmalı ve bu konuda STK'lar, gönüllü kuruluşlar ile işbirliği yapılmalıdır.
- 11- Hastaların bir sağlık güvencesine kavuşturulması ve tedavisinin kesintisiz sürdürülmesinin Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanması toplum sağlığı açısından önemlidir. Mevcut sağlık güvenceleri (Emekli Sandığı, BağKur, SSK, Yeşil kart, vb.) yanısıra özel sağlık güvencelerinin de bu hastalık tedavisini de kapsamlarına almaları sağlanmalı ve HIV/AIDS tanısı sağlık güvencesinden çıkarılma nedeni olmamalıdır.

Şekil 3. HIV tanısında izlenen algoritma değerlendirmeleri



* Kişi riskli davranış öyküsü veriyorsa danışmanlık verilir. 2-4 hafta içinde test tekrarlanır.

** Kişi riskli davranış öyküsü veriyorsa HIV RNA testi istenir, sonuç negatif gelirse danışmanlık verilir, izlem bırakılır. HIV RNA pozitif gelirse HIV enfeksiyonu tanısı konulur.

*** Test pozitif gelirse HIV enfeksiyonu tanısı konulur. Negatif gelirse (**) nolu madde takip edilir. İndetermin gelmesi durumunda HIV RNA testi istenir.

Türkiye'de HIV VAKAlarının Dağılımı

Türkiye'de HIV/AIDS, dünyanın birçok ülkesinde de görüldüğü üzere, ilk vakaların görüldüğü dönemlerde eşcinsel bir erkek hastalığı olarak algılanmakta ve enfekte bireyleri genel anlamda daha da olumsuz yönde etkilemekteydi (58). Hakkında ilk zamanlarda çok az şey bilinen HIV/AIDS konusunda, devlet ve sivil toplum kuruluşları gerekli girişimleri yapmaya başlamakta zaman kaybetmemişlerdir. İlk dönemlerde, müdahaleler kan yolu enfeksiyonları önlemek ve güvenli davranışı yaymak için yapılırken HIV'in cinsel yolla da bulaşan bir hastalık olduğu açık bir şekilde anlaşıldıktan sonra yapılan koruyucu çalışmaların kapsamı bu çerçevede daha da genişletilmiştir. AIDS vakalarından bildirilen ölümlerin sayısı 1985-2006 yılları arasında 111'dir. Ancak hasta izleme sorunlarından ve ölüm kayıtlarının düzenli bildirilememesinden dolayı, AIDS kaynaklı ölümlerin sayılarıyla ilgili güvenilir ve yeni bilgiler mevcut değildir. İlk HIV vakasının 1985'te bildirildiğinden bu yana Türkiye'de yaş grubu dağılımı değişiklik göstermiştir. Adolesan grubun oranı 1985-1995 yıllarında %13.4'ten 1996-2000 yıllarında %20.4'e çıkmıştır. Aslında HIV pozitivitesi diğer ülkelerdeki durumlar dikkate alındığında vaka sayısının bildirilenden çok daha fazla olduğu beklenmektedir. 1 Ekim 1985 tarihinden itibaren pozitif HIV/AIDS vakaları Sağlık Bakanlığına bildirilmektedir (110). 2004 yılı Haziran sonu itibarı ile taşıyıcıların ve hastaların yıllara göre dağılımı tablo 87'de gösterilmiştir. Bu hastaların yaş grupları ve cinsiyetleri dağılımı ise tablo 19'da özetlenmiştir.

Tablo 18. 01 EKİM 1985 - 31 ARALIK 2006 tarihleri arasında Türkiye'de bildirilen AIDS vaka ve HIV taşıyıcılarının yıllara göre dağılımı

YILLAR	VAKA	TAŞIYICI	TOPLAM
1985	1	1	2
1986	2	3	5
1987	7	27	34
1988	9	26	35
1989	11	20	31
1990	14	19	33
1991	17	21	38
1992	28	36	64
1993	29	45	74
1994	34	52	86
1995	34	57	91
1996	37	82	119
1997	38	105	143
1998	29	80	109
1999	28	91	119
2000	46	112	158
2001	40	144	184
2002	48	142	190
2003	52	145	197
2004	47	163	210
2005	37	295	332
2006	35	255	290
TOPLAM	623	1921	2544

Tablo 19. Türkiye'de bildirilen HIV/AIDS vaka ve taşıyıcılarının yaş ve cinsiyete göre dağılımı

Yaş grupları	Erkek	Kadın	Toplam
0	13	4	17
1-4	6	12	18
5-9	3	8	11
10-12	3	2	5
13-14	1	1	2
15-19	24	37	61
20-24	150	166	316
25-29	241	139	380
30-34	304	108	412
35-39	276	58	334
40-49	300	69	369
50-59	158	63	221
60+	76	26	102
Bilinmeyen	200	96	296
TOPLAM	1755	789	2544

* 1 Ekim 1985-31 Aralık 2006

Türkiye'de en sık 20-49 yaş arası HIV/AIDS vakalarına rastlanmaktadır ve cinsiyete göre dağılımına bakıldığında %68.7 erkek, %31.3 kadın olduğu gözlenmektedir. HIV enfeksiyonu ile semptomlarının gelişmesi arasındaki süreyi tipik olarak 10 yıl olarak düşünürsek, çoğu AIDS vakasının enfekte olduğu dönemin yaşam süresi içinde cinsel faaliyetin en tepe noktaya ulaştığı dönem olan 20'li yaşlar ya da 30'lu yaşların başları olduğunu görmekteyiz. Türkiye'deki nüfusun çoğunluğunun 13 yaş üzeri ve 20'li yaşlarda olduğunu düşünürsek, önümüzdeki bir kaç yıl içinde HIV enfeksiyonu insidansında hızlı bir artış potansiyeli olduğu açıktır.

Tablo 20. Yaş ve Cinsiyete göre rapor edilmiş HIV(+) ve AIDS vakalarının dağılımı

Yaş Grubu	1985-1995			1996-2000		
	Vaka sayısı	%(1)	Cinsiyet oranı Erkek/Kadın	Olgu sayısı	%(1)	Cinsiyet Oranı Erkek/Kadın
0	1	0,2	--	5	0,8	4,0
1-14	9	1,8	1,3	10	1,6	0,7
15-24	67	13,5	3,8	125	19,4	0,5
25-34	215	43,3	4,4	204	31,7	2,3
35-49	114	22,9	3,8	164	25,5	4,1
50+	43	8,7	2,6	78	12,1	2,1
Bilinmeyen	48	9,7	3,0	58	9,0	3,1
TOPLAM	497	100,0	3,7	644	100,0	1,9

Cinsiyet oranında enfeksiyonun erkekler arasında kadınlardan daha çok arttığı görülmektedir. Erkeklerdeki HIV/AIDS vakaları kadınlardan 2-4 kez daha fazladır. Güvensiz cinsel ilişki, sık genito-üriner enfeksiyonlar bunun nedenleri olarak sayılabilir. Türk erkeklerinin Türk kadınlarından daha fazla cinsel özgürlüğe sahip olması da erkeklerde HIV enfeksiyonuna yakalanma riskini artıran sebeplerinden biridir. Ancak, enfeksiyonu alan erkekler, korunmasız heteroseksüel temasları neticesinde aldıkları enfeksiyonu başka kadınlara (özellikle kendi eşleri ya da kız arkadaşları, hayat kadınları) da geçmesine sebep olabilmektedirler. Yapılan bir çalışmada çiftler arasında kondom kullanma oran 8.2% (105) olarak bulunmuştur. Kadınları HIV geçiş riskine karşı savunmasız kılan ve enfeksiyonu önlemek için gerekli tedbirleri almaktan alıkoyan faktörler arasında sosyokültürel uygulamalar ve baskılar gelmektedir. Bu tür davranışlar, kadınlardaki HIV enfeksiyonlarına katkıda bulunmaktadır. Bu konuda erkek ve kadın oranı 1996-2000 yılları arasında azalmıştır. (Tablo 20) Cinsiyet oranındaki değişiklikler özellikle anneden-bebeğe geçiş olmak üzere bulaşma yollarını etkileyebilmektedir. Ulusal AIDS Komisyonunca kabul edilen HIV riski altındaki gruplar arasında bulunan kayıtsız seks işçileri, damar içi madde kullanıcıları, eşcinsel erkekler, mahkûmlar, mülteci ve sığınmacılar ve kamyon şöförleri Türkiye'deki riskli gruplara örnektir. HIV açısından koruyucu davranış modellerini benimsememiş toplum bireyleri bahsi geçen gruplarla gerekli koruyucu tedbirleri almadan ilişkiye girdiklerinde enfeksiyonun yayılma riski daha da artmaktadır. Türkiye'deki bulaşma yollarına göre HIV/AIDS vakaları incelendiğinde; (Tablo 21) %50.8 heteroseksüel cinsel temas, %8.1 homoseksüel cinsel temas, %8.1, %5.88 damar içi madde bağımlıları, %2.27 transfüzyon alanlar, %1.66 anneden bebeğe geçiş, %0.5 hemofili hastaları ve %30 ise bilinmeyenlerden oluştuğu görülmektedir. %30 gibi büyük bir oran eksik bildirimi göstermektedir ki bu da enfeksiyonun gelişmesinin sebeplerinin bilinmemesine ve oluşabilecek risklerin göz ardı edilmesine sebep olmaktadır.

Tablo 21. Olası bulaşma yoluna göre HIV/AIDS vaka ve taşıyıcılarının dağılımı*

OLASI BULAŞMA YOLU	ERKEK	KADIN	TOPLAM
Homo/biseksüel cinsel ilişki	207	0	207
Damar içi uyuşturucu kullanımı	111	9	120
Homo/biseksüel ilişki+ damar içi uyuşturucu kullanımı	5	0	5
Hemofili hastaları	10	0	10
Transfüzyon uygulanması	27	17	44
Heteroseksüel cinsel ilişki	764	579	1343
Enfekte anneden bebeğe	22	21	43
Nozokomiyal bulaşma	11	3	14
Bilinmeyenler	599	159	758
Toplam	1756	788	2544

• 1 Ekim 1985-31 Aralık 2006

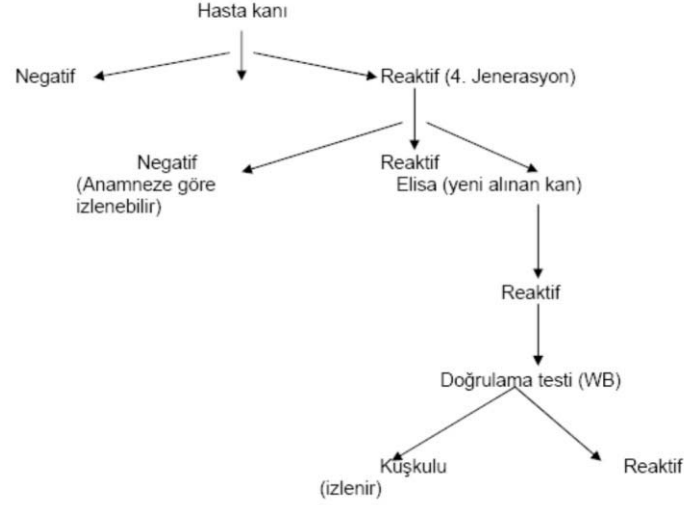
Sağlık Bakanlığı'ndan alınan verilere göre heteroseksüel cinsel ilişki Türkiye'de en temel bulaşma yoludur. Bu sayılar, heteroseksüellerin, özellikle diğer CYBE'a sahip olan heteroseksüellerin, biseksüelleri de içermek üzere homoseksüellerden daha fazla riske sahip olduklarını göstermektedir. Damar içi uyuşturucu kullananların iğneleri paylaşarak kullananları ve test edilmemiş kan ve kan ürünleri kullananlar da risk altındadır. HIV seropozitif ve AIDS vakaları ile ilgili resmi veriler, bunların üçte birinden fazlasında bulaşma yolunun bilinmediğini göstermektedir. Geri kalan üçte ikisinde ise en büyük grup heteroseksüellerdir. Daha sonra homoseksüeller ya da biseksüel erkekler ve damar içi uyuşturucu kullananlar gelmektedir. Risk grubu ile bilgilere ulaşamayan grubun nispeten büyük bir grup olması nedeniyle bu rakamların tüm dağılımları doğru olarak yansıtmadığı söylenebilir. Ancak, Türkiye'de, Kuzey Amerika'daki gibi homoseksüel bulaşma değil, Doğu Avrupa ülkelerinde olduğu gibi damar içi uyuşturucu kullanımı değil, Afrika'daki gibi heteroseksüel bulaşmanın en büyük HIV bulaşma nedeni olduğu söylenebilir. Değişik dönemlerde bulaşma yoluna göre vakaların dağılımının karşılaştırılması, yine heteroseksüel temastaki artışı doğrulamaktadır. Türkiye'de HIV/AIDS pozitif olduğu belirlenen kişilerin uyruklarına göre dağılımına bakıldığında vakaların büyük bir bölümünü Türk vatandaşları oluşturmaktadır. (Vaka: 536, Taşıyıcı: 1468; Toplam: 2004). Bunu Ukrayna, Romanya ve Moldova ülke vatandaşları izlemektedir (Tablo 22) Ancak yine uyruğu bilinmeyen kişilerin sayısında azımsanmayacak

kadar çoktur. Bu durum ülkemizde gerekli istatistiksel bilgi almanın yetersizliğini bir kez daha akla getirmektedir. Ülkemizde HIV tanısı uygulanan testler ile ilgili olarak referans merkezlerden biri olan İstanbul Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanan HIV/AIDS doğrulama merkezidir. 1985'ten bu yana rutin olarak HIV tanısını bu merkezde sürdürülmektedir. Bu nedenle bu Anabilim Dalı HIV/AIDS laboratuvarı sonuçları Türkiye'nin en çok nüfusa sahip bir şehri olması nedeniyle ülke'de HIV/AIDS vakalarının saptandığı ve genel durumu yansıtan bir model teşkil edebilir (77,113). Bu laboratuvar da hastalara test yönünden tanı koymada izlenen yol Şekil 4'te özetlenmiştir.

Tablo 22. HIV/AIDS vaka ve taşıyıcılarının uyruklarına göre dağılımı*

UYRUK	VAKA	TAŞIYICI	TOPLAM
ABD	5	4	9
Almanya	5	10	15
Arjantin	1	0	1
Arnavutluk	1	0	1
Avustralya	1	2	3
Avusturya	0	5	5
Azerbaycan	1	9	10
Belarus	0	3	3
Belçika	0	1	1
Birmanya	1	0	1
Brezilya	0	1	1
Bulgaristan	0	2	2
Çin	0	1	1
Danimarka	1	0	1
Ermenistan	1	1	2
Etyopya	0	5	5
Fas	0	1	1
Fransa	2	2	4
Gambiya	1	1	2
Gana	1	3	4
Güney Afrika	1	1	2
Gürcistan	0	5	5
Hollanda	1	5	6
İngiltere	3	0	3
İran	0	3	3
İspanya	0	1	1
İsviçre	1	1	2
İtalya	0	3	3
Japonya	0	2	2
Kamerun	2	1	3
Kazakistan	0	1	1
Kenya	1	2	3
Kirgizistan	0	3	3
Kolombiya	1	0	1
Kongo	0	1	1
K.Kıbrıs T.C.	2	7	9
Liberya	0	3	3
Libya	0	2	2
Makedonya	0	1	1
Malavi	0	1	1
Mauritius	0	4	4
Mısır	1	0	1
Moldova	1	34	35
Nijerya	2	9	11
Özbekistan	0	5	5
Pakistan	0	2	2
Romanya	3	38	41
Ruanda	1	0	1
Rusya	0	22	22
Somali	0	3	3
Tanzanya	5	7	12
Tayland	0	1	1
Trinidad	0	1	1
Türkiye	569	1521	2090
Türkmenistan	0	1	1
Uganda	0	13	13
Ukrayna	1	98	99
Ürdün	2	0	2
Yenigine	0	1	1
Zaire	1	1	2
Zambia	1	0	1
Bilinmeyen	3	66	69
TOPLAM	588	1666	2544

Şekil 4. Anti-HIV testi için başvuran hastalara tanı koymada izlenen yol (77)



Bu merkeze başvuran hastalar üç grup altında toplanabilir.

- 1- Virusun bulaşma şekillerinden biri ile karşılaştığını düşünenler
- 2- Donörler
- 3- Ameliyat öncesi kontrolü yapılacak kişiler

Toplam bu merkezde 1985-2003 yılları arasında 67015 kişide HIV antikorları araştırılmıştır. 470 kişide pozitif sonuç alınmıştır. 1995 yılından itibaren bilgi formu uygulaması başlatılmış ve saptanan 249 HIV seropozitif vaka risk ve yaş gruplarına göre değerlendirilmiştir. (Tablo 24)

Tablo 23'de görüldüğü gibi elde edilen veriler Sağlık Bakanlığına bildirilen dağılımın küçük bir modelini oluşturmaktadır (77). İstanbul Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Doğrulama Merkezine başvurup HIV seropozitif saptanan vakaların başında Heteroseksüel ilişki sonrası alınan pozitiflik durumu sonrasında ise homoseksüel ilişki sonrası geçen grup gelmektedir. Diğer test merkezlerinden gönderilen ve ayrıntılı bilgi içermeyen serumlarda ise alınan pozitifliğe rağmen hastaların risk özelliği bilinmemektedir. Bu durum surveyans durumunun eksiklerini açık bir şekilde yansıtmaktadır.

Tablo 23. 1995 yılından itibaren saptanan HIV seropozitif vakaların bulaşma şekilleri ve cinsiyetlerine göre dağılımı

Bulaşma yolu	Erkek	Kadın	Toplam
Heteroseksüel ilişki	81	32	113
Homoseksüel ilişki	20	0	20
Kan transfüzyonu	4	0	4
Intravenöz madde bağımlılığı	4	0	4
Anneden bebeğe	4	0	4
Hemofili hastalığı	1	0	1
Bilinmeyen	76	16	92
Bulaşma şekli+cinsiyeti bilinmeyen	0	0	11
TOPLAM	190	48	249

Sürveyansta Genel Durum

Sürveyans için Hedeflenen Savunmasız Gruplar

Kadınlar: Türkiye'de üreme sağlığı durumu göstergeleri, diğer gelişmekte olan ülkelerle karşılaştırıldığında ülkenin gelir seviyesiyle çelişmektedir (102). Modern kontrasepsiyon yöntemleri düşüktür. Hamile kadınların aşağı yukarı üçte biri doğum öncesi bakım almamaktadırlar ve tüm doğumların yalnızca dörtte biri sağlıklı bir kuruluştadır gerçekleşmektedir (60). Tüm doğumların beşte biri bir doktor ya da eğitimli sağlık personeli olmadan gerçekleşmektedir Sosyal normlar kadınların cinsellik ya da üreme sağlığı ile ilgili bilgi almaya çalışmasını ya da geniş bilgiye sahip olmasını uygunsuz bulmaktadır. Kadınlar için, çoğu CYBE asemptomatiktir ve çoğu kadın enfeksiyona sahip olduğunun farkında olmamaktadır. Çoğu toplumda olduğu gibi, Türkiye'deki kadınlar da, enfekte olduklarını bilseler de uygun tedaviye erişimde erkeklerden daha fazla sosyal ve kültürel engelle karşılaşmaktadırlar. Eğitim seviyesi düşük bölgelerde erkeklerin evlilik öncesi cinsel temaslarına karşı hoşgörü var iken, kadınların cinsellik ya da üreme sağlığı ile ilgili bilgi almaya çalışması ya da geniş bilgiye sahip olması bile uygunsuz bulunmaktadır. Seks işçileriyle korumasız seks yapan erkeklerin çoğu, eşlerini enfekte ederek bu enfeksiyonu yayabilmektedirler. Kadınlar, ev içindeki rolleri nedeniyle enfekte olma riskinden uzak görünseler de, eşleri tarafından enfekte olma riskiyle karşı karşıdırlar. Tüm bunlar Türk kadınının CYBE'ler ve HIV/AIDS açısından savunmasızlığını artırmaktadır.

Çocuklar: Türkiye genç bir nüfus yapısına sahiptir. 0-18 yaş grubu 2002 yılında toplam ülke nüfusunun üçte birini teşkil etmekteydi (%37,2). Sağlık sektöründeki yetersiz kayıt ve bildirim sistemi ve HIV pozitif kişiler için takip hizmetleri olmaması sebebiyle, HIV/AIDS'ten etkilenmiş çocukların tam sayısı bilinmemektedir.

Adolesan : Türkiye'de 2002 yılında adolesanların toplam nüfusa oranı yüzde 19,7 idi (38). 20-24 yaş grubundaki HIV pozitif vakalarının sayısı Türkiye'de 1985-2001 döneminde 0-19 yaşları arasındaki pozitif vakaların oranından aşağı yukarı üç kat fazladır. HIV-CYBE konusunda değişik okullarda gerçekleştirilen bilgi, tutum ve uygulamalar ile ilgili çalışmalar, adolesanların hemen hemen yarısının, kendilerini HIV enfeksiyonlarını da içermek üzere, CYBE'lerden koruma konusunda yetersiz bilgiye sahip olduklarını ortaya çıkarmıştır. CYBE ile ilgili davranış araştırmasında, üniversite öğrencileri arasında erkeklerin %65-73'i, kızların %20-24'ünün en azından bir cinsel birleşme yaşadıkları ve ilk cinsel birleşme yaşının 17-19 yaşları arasında gerçekleştiği ortaya çıkmıştır (46). Erkek öğrencilerin çoğu ilk deneyimlerini bir kız arkadaşlarıyla, hayat kadınıyla ya da tanımadıkları bir kadınla yaşamışlardır. Kondom kullanma genç erkekler arasında yaygın değildir. Bir çalışmada, cinsel deneyime sahip öğrencilerin oranı %36.6 çıkmıştır. Erkeklerin kızlardan cinsel olarak daha aktif oldukları ortaya çıkmıştır. Cinsiyete bakılmaksızın çoğu öğrenci (%71.4) cinsel faaliyetine 15-19 yaşları arasında başlamıştır. Erkekler, kızlardan daha fazla cinsel partnerleri olduklarını bildirmişlerdir. Benzer bir şekilde, hiç kondom kullanmamış erkek öğrencilerin oranı kadınlardan oldukça fazla çıkmıştır. Kondom, en sık kullanılan kontraseptif yöntemdir. Daha sonra oral kontraseptifler ve geri çekme gelmektedir (53). Ankara'da ODTÜ'de, 271 (%19) erkek öğrenci cinsel birleşme yaşamıştır ve çalışmaya katılan 81 (%30) en son birleşmede kondom kullandıklarını belirtmişlerdir (103). Yapılan çalışmalarda cinsel birleşme yaşamış kızların sayısı her zaman erkeklerden az çıkmıştır ve kızların hemen hemen hepsinin birlikte oldukları partnerleri ya erkek arkadaşları ya da nişanlılarıdır. Adolesanlara hizmet verenler temel birkaç konunun altını çizmektedirler. Şöyle ki Sağlık Bakanlığı ve Milli Eğitim Bakanlığı ve çeşitli sivil toplum örgütleri CYBE-HIV/AIDS riskleri konusunda bilgi ve bilincin genel olarak yokluğunu ve adolesanlara sağlıklı cinsel davranışlar geliştirmeleri ve cinsel sağlıklarına zarar verecek davranış kalıplarının yerleşmesini önlemeleri konusunda yardım edilmesi gerektiğini dile getirmiştir. Kondom kullanımı da diğer bir konudur. Ankara Genelevi'nde yapılan bir çalışmada, hayat kadını başına müşteri yaş ortalaması 12.62±8.34 olarak belirlenmiş ve toplam müşteri sayısının günde 1842 olduğu görülmüştür (56). Üniversite öğrencileri arasında CYBE'ler ve HIV/AIDS ile ilgili bilgiler ve cinsel davranış konusunu araştırmaya yönelik çalışmalar Türkiye'de genç insanlar arasında AIDS bilgisinin yüksek olduğunu göstermektedir (21,22). AIDS'in çoğu bulaşma yolu (%80) ve HIV/AIDS'ten korunma yolları (%90) büyük ölçüde bilinmektedir (53). HIV/AIDS'i de içermek üzere CYBE konusundaki en yaygın bilgi kaynağı televizyon, gazete ve dergilerdir.

Kan nakli yaptıran kişiler: Türkiye'de kan ve kan ürünleriyle ilgili esaslar 2857 no'lu yasa ile düzenlenmiştir. Bağışlanan kanın HIV antikorları açısından rutin taramasının yapılması kan naklinden ya da kan ürünlerinden enfeksiyon kapma riskini büyük ölçüde azaltmıştır. Bu yasaya göre, bağış kan alımının en temel türüdür ve her ihtiyaç

olduğunda satın alınabilmektedir. Kan naklinin güvenliğini sağlamak için, ticari kan bağıışı aynı Yasa ile tamamen yasaklanmıştır.

Turistler ve Turizm Çalışanları: CYBE-HIV/AIDS prevalansının yüksek olduğu bölgelerden gelen enfekte turistler hastalığın özellikle Türk toplumuna yayılmasında önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Ayrıca enfekte olanlar eşlerini enfekte ederek hastalığın yayılımında sekonder görev üstlenmektedirler.

Kayıtlı seks işçileri: Seks işçiliği Türkiye'de hükümetçe düzenlenmiştir ve kayıtlı olmadan seks hizmeti verenlere kayıtsız seks işçileri denmektedir (24,51). İlgili mevzuata göre, kadınların Türkiye'de kayıtlı seks işçisi olarak çalışabilmeleri için, kadınların en az 21 yaşında ve Türk vatandaşı olmaları gerekmektedir. Şubat 2002 itibarıyla, Türkiye'de 1983 kayıtlı seks işçisi ve 52 genelev bulunmaktadır (41). Kayıtlı seks işçileri haftada iki kere zorunlu tıbbi muayeneye tabidirler (51). Muayeneler tıbbi uzmanlar tarafından yapılmaktadır ve kadınlar tüm HIV/AIDS, impetigo, cüzzam, Tüberküloz ve Sağlık Bakanlığı'nın bildirdiği diğer hastalıkları da içeren CYBE'ler yönünden taramaktadırlar. Tıbbi muayene ve tarama sonuçlarına göre, bu hastalıklardan birine yakalanmış seks işçilerinin genelevde çalışması yasaklanabilir. Tıbbi muayene, tarama, ve kayıtlı seks işçilerinin tedavisi belediyeler tarafından yapılmakta (51) ve genelevlerin sahipleri tarafından alınan fonlardan karşılanmaktadır. Sağlık Bakanlığı rakamları ve CYBE'ler konusundaki çalışmalar, 1996 ve 2000 yılları arasında kayıtlı ticari seks işçileri arasında yüksek oranda CYBE olduğunu göstermektedir. Öte yandan, çoğu uygun örnekler üzerinde yapılan venerolojik araştırma çalışmaları, en azından yüksek riske sahip gruplarda nispeten yüksek CYBE oranları ortaya koymuştur. Ülke genelinde 52 adet genelev mevcut olup, bu genelevlerde toplam 1703 kişi çalışmaktadır. En çok çalışan seks işçisi Ankara'daki genelevde 248 kişi ile gelmekte bunu 219 kişi ile İzmir, 138 kişi ile İstanbul ve 125 kişi ile Adana izlemektedir Bu grupta yer alan kayıtlı seks işçilerinin illere göre genelevlerdeki dağılımı Tablo 24'de gösterilmiştir (41).

Tablo 24. Ülke geneli genelev ve genel kadın dağılımı (44)

Sıra No	Genelevi Olan İl-İlçeler	Genel Kadın Sayısı
1	Adana	125
2	Adıyaman	4
3	Afyon	20
4	A)Dinar İlçesi	3
5	Ankara	248
6	Antalya	18
7	Aydın	40
8	A)Söke İlçesi	9
9	B)Nazilli İlçesi	24
10	Balıkesir	47
11	A)Ayvalık İlçesi	5
12	B)Bandırma İlçesi	16
13	Burdur	4
14	Çanakkale	1
15	Çankırı (Geçici Süre İle Kapalı)	0
16	Çorum	44
17	Denizli	32
18	Diyarbakır	80
19	Edirne	47
20	A)Keşan İlçesi	2
21	B)Uzunköprü İlçesi	4
22	Eskişehir	28
23	Erzurum	39
24	Gaziantep	67
25	Hatay	26
26	A)İskenderun İlçesi	9
27	Isparta	8
28	İstanbul	138

29	İzmir	219
30	A) Tire İlçesi	7
31	B) Ödemiş İlçesi	5
32	C) Bergama İlçesi	6
33	Kars	4
34	Kastamonu	19
35	Kırklareli Lüleburgaz İlçesi	5
36	Konya Ereğli İlçesi	8
37	Konya Akşehir İlçesi	28
38	Kütahya	20
39	Manisa	38
40	A) Akhisar İlçesi	27
41	B) Soma İlçesi	12
42	C) Alaşehir İlçesi	7
43	Mersin	114
44	Kahramanmaraş	7
45	Muğla	8
46	A) Milas İlçesi	9
47	Niğde	5
48	Tekirdağ Çorlu İlçesi	22
49	Uşak	8
50	Van (Geçici Süre İle Kapalı)	0
51	Yozgat	10
52	Zonguldak	27
Toplam 52 Genelev		1703

30.3.1961 tarihli, 5/984 no'lu kanun ile (31.1.1973 tarih ve 7/5786 no ile değiştirilen 75. Madde), genelev sahiplerinin müşterilerine kondom temin etmeleri zorunlu hale getirilmiştir. Türkiye'de erkeklerin genelevlere gitme oranının yüksek olduğu düşünülmektedir(50). İstanbul'da iki ayrı fabrikada çalışan erkeklerin cinsel deneyimlerini araştıran bir çalışma bu erkeklerin %64'ünün hayatlarında en az bir kez geneleve gittiğini göstermiştir (114). Seks işçileriyle cinsel ilişkide kondom kullanımı ise pek yaygın değildir. Genelev müşterilerinin tutum ve davranışları üzerinde yapılan birkaç çalışma kondom kullanımının geneleve gelen kişiler arasında oldukça düşük olduğunu göstermiştir (%41) (57). İzmir'deki bir genelevde çalışan 72 seks işçisi üzerinde bir çalışma yapılmıştır ve bunların %30,5'i düzenli kondom kullandıklarını bildirmişlerdir. %18'i ise eğer müşteri isterse kullandıklarını belirtmişlerdir; %51,4'ü müşterileri kondom kullanılmasını istemezse kullanmadıklarını söylemişlerdir (47). Görüşülen bazı kişiler çoğu müşterinin kondom kullanmamaları için daha fazla para teklif ettiğini söylemiştir. Travestiler, göçmen seks işçileri ve erkek seks işçileri üzerinde yapılan diğer çalışmalarda da benzer eğilimler görülmüştür. Kayıtlı çalışan seks işçileri periyodik sağlık muayenelerini yaptırdıklarından bu kişilerde CYBE etkenlerine ait hastalıklara rastlamak pek mümkün değildir. Ancak kontrol öncesi kadınların birtakım önlemler alması(50) örneğin antibiyotik kullanması, vajinal bölgenin birtakım maddelerle (örneğin limon suyu ve/veya birtakım kimyasal maddeler) muamele edilmesi alınacak doğru sonuçları olumsuz yönde etkilemektedir.

İllegal Seks işçileri: Ankara Ticaret Odaları'nun seks işçileri raporuna göre Türkiye'de aşağı yukarı 100.000 yasadışı-kayıtsız-illegal seks işçisi çalışmaktadır. Bunlar özellikle transseksüeller, travestiler ve komşu ülkelerden gelen seks işçilerinden oluşmaktadır. Doğu Avrupa'daki toplumsal değişiklikler ve ekonomik sıkıntılar nedeniyle, Romanya, Rusya, Moldavya, Ukrayna vb gibi ülkelerden gelen illegal seks işçilerinin sayısında son yıllarda hızlı bir artış özellikle İstanbul'da bulunmaktadır (19,71,72). Kayıtlı seks işçilerinin düzenli sağlık kontrolleri CYBE-HIV/AIDS'de dâhil olmak üzere periyodik olarak yapılmakla birlikte, illegal çalışanların bu tip testleri yaptırma imkânı olmamaktadır. Ancak polis tarafından fuhuş yaptıkları saptanan kayıtsız seks işçilerinin muayeneleri ve gerekli testleri ilgili Deri ve Tenasül Hastalıklar Hastanesi ve/veya Dispanserlerinde yaptırılmaktadır.

Erkek seks işçileri: Aktif olarak özellikle büyük şehirlerde bu kişilerin olduğu uzmanlar tarafından bildirilmektedir. Ancak bu kişilere ulaşmak ve sayısını tam olarak tespit etmek mümkün değildir.

Uyuşturucu Kullananlar: Türkiye'de yaygın olarak kullanılan maddeler sigara, ve alkoldür (27). Madde kullanıcıları arasında damar içi uyuşturucu kullananların oranı %39,7, eroinin damar içi kullanım sıklığı yüzde 60'tır (44). Türkiye'de, uyuşturucu kullanımında kadınların sayısı erkeklere göre daha azdır (73) Uyuşturucu kullanımına başlamada ortalama

yaş 17 ila 19 yaş arasındır (101) Uyuşturucu kullanan kadınlar çoğunlukla seks işçilerinden oluşmaktadır.

Homoseksüeller/biseksüeller: Sağlık Bakanlığı rakamlarına göre, HIV/AIDS vakalarının %7,7'si Türkiye'de homoseksüel ve biseksüel ilişkiden kaynaklanmaktadır. 1985-2006 yılları arasında bildirilen homo/biseksüel ilişkiden 207 HIV/AIDS vakası çıkmıştır. Bunların 5 tanesinde IV uyuşturucu kullanımı da mevcuttur. Bu homo/heteroseksüel ilişki nedeniyle ortaya çıkan vakaların yaş grupları bilinmemektedir. Homoseksüeller, travestiler ve transseksüelleri de içermek üzere kayıtsız seks işçilerinin geniş çaplı ticari seks işleri özellikle büyük şehirlerde CYBE'ler ve HIV/AIDS riskini ciddi bir şekilde tehdit etmektedir.

Türkiye'de Mevcut Sürveyans Sistemi

Ülkemizde mevcut sürveyans vaka bildirimi şeklindedir. Tüm ülke genelinde CYBE-HIV/AIDS vakalarının rutin olarak kayıt edilip raporlanması ve İl Sağlık Müdürlüğüne ve buradan Sağlık Bakanlığına bildirilmesi şeklinde gerçekleştirilmektedir. Genel anlamda sürveyans pasif şekilde gerçekleştirilmektedir. Sentinal sürveyansın CYBE/HIV alanında başlatılması ise 2006-2007 döneminde Ankara, İstanbul, Trabzon ve Gaziantep'te seçilmiş hastanelerin Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniklerinde hamilelere yönelik olarak gerçekleştirilmiştir. Yine aynı girişim çerçevesinde Ankara, İstanbul ve İzmir'de kağıtsız seks işçileri, damar içi madde kullanıcıları ve eşcinsel erkeklere yönelik olarak HIV, hepatit B, gonore, sifiliz ve klamidyaya için yapılmıştır. Söz konusu çalışmalar Türkiye Üreme Sağlığı Programında yer almaktadır. HIV Doğrulama laboratuvarları özel vaka bildirim formunu (D 86 Nolu form) doldurup İl Sağlık Müdürlüğüne göndermek zorundadır. İl Sağlık Müdürleri de bu formları Sağlık Bakanlığına göndermektedirler (110). Türkiye'de bildirimi zorunlu 38 bulaşıcı hastalık bulunmaktadır. Bu hastalıklar bildirim sıklıklarına göre farklı gruplarda sınıflandırılmaktadır. Her sağlık kuruluşu CYBE/HIV de dâhil olarak bu hastalıkları düzenli olarak İl sağlık müdürlüklerine bildirmektedir. Her ilde, bulaşıcı hastalıkları kontrol etmek ve önlemek, toplanan epidemiyolojik verileri izlemek ve değerlendirmek üzere faaliyetlerin koordinasyonundan sorumlu bir Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürü ve İl sağlık müdür yardımcısı bulunmaktadır. Bulaşıcı hastalıklarla ilgili raporlar aylık olarak İl Sağlık Müdürlüklerinden gelmektedir. Değerlendirilen veriler Sağlık Bakanlığına gönderilmektedir. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklar Dairesinin bir alt birimi olan Zührevi Hastalıklar Biriminde toplanan veriler HIV/AIDS dâhil olmak üzere CYBE ile ilgili altta belirtilen bütün faaliyetlerden sorumludur.

- a) CYBE verilerinin toplanması, işlenmesi ve değerlendirilmesi,
- b) CYBE ve HIV/AIDS sürveyansı
- c) Önleme program ve politikalarının gelişim ve uygulanması
- d) Sektörler ve kurumlar arası işbirliğinin geliştirilmesi
- e) Ulusal AIDS Komisyonunun (UAK) aktif hale getirilmesi ve UAK kararlarının uygulanmasının sağlanması
- f) İlgili yasal düzenlemelerin taslak hale getirilmesi ve diğer Müdürlükler ve/veya kurumlar tarafından hazırlanan yasal düzenlemelerin taslaklarının yorumlanması
- g) Uluslararası kuruluşlarla işbirliği ve iletişimin oluşturulması

CYBE ve HIV(+)/AIDS üzerine Veri Kaynakları: Sifiliz, hepatit B-C ve HIV/AIDS Türkiye'de zorunlu bildirim tabi temel CYBE'lerdir (79,80,92). Her sağlık birimi, alınan numuneyi ELISA ile iki defa test etmek ve HIV pozitif test serumlarını doğrulama merkezine göndermek zorundadır. Zorunlu bildirim tabi olan HIV/AIDS dâhil olmak üzere CYBE, doğrulamadan hemen sonra İl Sağlık Müdürlüğüne doğrulama merkezi tarafından bildirilir. Standart bildirim formları kullanılmaktadır (Bildirim tabi bütün hastalıklar için 014 formu, sifiliz için 028 formu ve AIDS için D86-A ve HIV için Form D86-B) Kan alma, test yapma ve dağıtım gibi faaliyetlerden sorumlu bütün birimler aylık olarak Sağlık Bakanlığına bildirilmelidir. Bildirimde form 176 kullanılmaktadır (92). Kan verenlerden bağış öncesinde bir Bağış Formu doldurmaları istenmektedir. İl Sağlık Müdürlüğü tarafından toplanan bütün formlar Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri, Bulaşıcı Hastalıklar Bölümüne gönderilmektedir. Her sağlık biriminin aynı zamanda zorunlu bildirim tabi hastalıklarla ilgili olarak bir istatistik formu doldurması ve aylık olarak bunu İl Sağlık Müdürlüğüne göndermesi gerekmektedir. İl Sağlık Müdürlükleri istatistik formlarını Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmeti Genel Müdürlüğüne(TSHGM) göndermektedir. Bütün kamu ve özel HIV test birimleri her hafta İl Sağlık Müdürlüklerine "HIV Testi Sonuçları" hazırlamaktan ve göndermekten sorumludur. Bu formları toplamak ve Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne göndermek sorumluluğu İl Sağlık Müdürlüğüne aittir. Sero-sürveyans sistemi

1987 yılında kurulmuş olup, kan verenler, kayıtlı seks işçileri gibi gruplarda gerçekleştirilmektedir. Ülkedeki bütün test alanları HIV sürveyans sistemine dâhil edilmiştir.

Türkiye'de CYBE, HIV/AIDS belirlemek için Sero-sürveyansa dahil edilen çeşitli kaynaklar şunlardır;

- HIV için kan, organ ve sperm bağışlarının incelenmesi
- Kayıtlı seks işçilerinin CYBE ve HIV için rutin sağlık muayenelerinin yapılması
- Güvenlik birimleri tarafından nezarete alınan kayıtsız seks işçilerinin CYBE ve HIV muayenelerinin yapılması
- Bazı gruplar (Kısa dönem askerlik için bedel ödeyen yurtdışında çalışan Türk vatandaşları ve ordu personeline bağışlanan kanların Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) tarafından test edilmesi.
- HIV için cerrahi öncesi bazı hastanelerde rutin inceleme .
- CYBE ve HIV/AIDS incelemeleri dâhil olmak üzere evlilik öncesi sağlık muayeneleri:

Evlilik öncesi sağlık muayeneleri ve testler CYBE ve HIV/AIDS ile ilgili veriler açısından yeni bir kaynak değildir. Evlilik öncesi sağlık muayeneleri ilk olarak Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile 1930 yılında yasalaşmış olup; evlilik öncesi sağlık muayenelerinin yapılmasına yönelik madde (no:122) 20 yıldan fazla bir süredir yaygın olarak uygulanmamaktaydı (49). 2001 yılında yeni Türk Medeni Kanununun yürürlüğe girmesiyle birlikte, evlilik öncesi muayene tekrar bazı belediyelerce uygulanmaya başlanmıştır. (98). Evlilik işlemlerini yürüten ilgili belediye birimleri, evlilik öncesi sağlık raporlarının sadece dispanserler, sağlık ocakları ve devlet hastaneleri gibi kamu sağlık birimlerinden alınmasını kabul etmektedir. Ancak; bazı belediyeler yasanın işleyişindeki birtakım belirsizliklerden dolayı evlilik öncesi sağlık muayenesi istememektedir. Çeşitli veri kaynakları söz konusu olmasına karşın, Türkiye'de HIV/AIDS veya diğer CYBE' lar için güvenilir, kapsamlı ve sistematik bir sürveyans mevcut değildir (26). Resmi rakamlar gerçek durumu yansıtmaktan uzaktır. Bu farklılığı gidermek açısından bazı çalışmalar, mevcut rakamların 5 veya 10 arasında çarpanlarının alınarak gerçek HIV/AIDS vakalarının tespit edilebileceği yönünde fikirler ortaya koymaktadır (33). Aslında, ulusal rakamlar ve gerçek CYBE prevalansı arasındaki farkın çeşitli evrensel ve yerel nedenleri bulunmaktadır. Evrensel nedenler bakımından HIV dâhil olmak üzere birçok CYBE ele alındığı zaman bu enfeksiyonlar asemptomatik olup, bir tıbbi müdahale, kan bağışları, gebelik, kaza vs. gibi durumlarda tesadüf olarak tanı konmaktadır. Lokal sebepler açısından, kişisel, kurumsal ve çeşitli faktörler CYBE ve HIV pozitif vakalarının bildirimi altında rol oynamaktadır. Sağlık çalışanları CYBE-HIV/AIDS ve tehlikelerini dikkate almamakta ve farkında olmamaktadır. Bunlara ek olarak; enfeksiyonun belirli alanlarda ve nüfus gruplarında gelişimini sistematik olarak izlemeyi sağlayacak bir izleme modeli bulunmamaktadır. Sürveyans sistemi transseksüel ve homoseksüeller, damar içi madde kullanıcıları gibi belirli risk gruplarını dâhil etmemektedir. Mevcut sürveyans sistemi ayrıca partner bildirimi gibi noktaları da ortaya koymamaktadır. CYBE-HIV/AIDS gibi vakaların izlenmesi çoğunlukla genellikle günlük işleriyle meşgul olan pratisyenlerin kişisel ilgilerine bağlıdır. Bundan dolayı, söz konusu vakalarla yaşayan bireylerin ve ilgili ölümlerin sayıları ile ilgili güvenilir bilgileri elde etmek hemen hemen imkânsızdır. Bu arada AIDS Devlet İstatistik Enstitüsü'nün ölüm istatistiklerinde bir ölüm nedeni olarak sınıflandırılmamıştır (38,109). Uygun olmayan sürveyans ve bildirim sistemleri Türkiye'de CYBE'nin gelişimini takip etme kalitesini sınırlayan kurumsal ve yapısal faktörler arasındadır. Özel sektör Türkiye'de sağlık sunucu olarak önemli bir alternatiftir. Hizmetlerin önemli bir kısmı aynı zamanda özel kuruluşlarda verilmektedir. Araştırmalara göre, hastalık durumunda tedavi hizmeti arayan kişilerin %15'i ayakta tedavi için özel kuruluşlara başvurmaktadır. Ayakta tedavi için hizmet sunucu tercihleri kırsal ve şehir nüfusu arasında çok da fark göstermemektedir. Kırsal kesimde yaşayanların %13.1'i özel kuruluş hekimlerini tercih ederken şehirde yaşayanların %16.2'si zengin olsun fakir olsun özel hekimlere gitmektedir. Özel hizmet sunucu seçimindeki bölgesel varyasyonlar önemli ölçüdedir; Doğu Anadolu'da sağlık hizmeti alanların sadece %6'sı özel sektöre baş vururken Güney ve İç Anadolu'da %20 ve %16 oranlarındadır (95). Sağlık hizmetleri ihtiyaçları için, özellikle de cinsellik konusunda özel sektörün kullanılması toplum içerisinde oldukça tercih edilen bir durumdur. CYBE sorunları yaşayan bireyler, genellikle şikâyetlerine tanı konması ve en kısa zamanda en iyi kalitede hizmeti almak için amacıyla sağlık hizmet sunucularına başvurumaktadırlar. Başlangıç tedavi maliyeti bireylerin özel sektörden beklentilerini kısıtlamamaktadır. Herhangi bir CYBE sürveyans sistemi açısından en zor problemler arasında özel sektörü vaka bildirim konusunda teşvik edilmesi yer almaktadır. CYBE'lerin özel sağlık hizmeti sunucular tarafından Sağlık Bakanlığı'na bildirimi oldukça kısıtlı olup, kamu sektörü gibi değildir. Bunlara ek olarak, CYBE taşıyan Türk hastalar ilaçları doğrudan eczanelerden herhangi bir klinisyenin danışmanlık desteği olmadan temin etmeye çalışmaktadır. Bundan dolayı vakaların boyutuyla ilgili olarak herhangi bir bilgi yoktur. Araştırmalar, muhtemel enfeksiyon kaynaklarının ve risk gruplarının belirlenmesine yardımcı olan veri kaynaklarından bir tanesi olup; enfeksiyon sıklığı konusunda rakamlar vermektedir.

Sonuç ve Öneriler

HIV/AIDS'i de içermek üzere, CYBE'lerin sürveyansı hem sektör içinde hem de sektörler arasında işbirliğini, izleme ve değerlendirme faaliyetlerini gerektirmektedir. HIV/AIDS'i de içermek üzere, CYBE'lerin ilerlemesinin sistematik izlenmesini sağlamak için, temel CYBE sürveyans faaliyetleri gözden geçirilmeli ve aşağıdaki faaliyetlerin uygulanabilirliği değerlendirilmelidir (54,59,106):

A) Organizasyon:

- Sağlık Bakanlığı, sürveyansın önceliği ve önemi konusunda hassasiyet göstermelidir. Merkezi seviyede kanıta dayalı bir mastır plan, politikalar ve stratejiler geliştirilmelidir. Aynı zamanda, Sağlık Bakanlığındaki Zührevi Hastalıklarla mücadele eden şubenin altyapısı tecrübeli personel açısından güçlendirilmelidir. Araştırma kurumları (üniversiteler, araştırma ve eğitim hastaneleri vs) arasındaki işbirliğinin güçlendirilmesine devam edilmelidir. Ayrıca sağlık, güvenlik, adalet, yerel belediyeler vs gibi farklı sektörler arasındaki işbirliği, CYBE'lerin trendi ve risk gruplarındaki değişiklikleri izlemek için hızlandırılmalı, teşvik edilmeli ve geliştirilmelidir.
- İl seviyesinde, kalifiye personele gerekli disiplinler sağlanmalıdır. Birinci basamak sağlık hizmeti kuruluşlarında ve il sağlık müdürlüklerinde veri bilgileri alışverişi olmalıdır. İllerdeki laboratuvarlar aynı zamanda sürveyans çalışmaları açısından da geliştirilmelidir.
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde, özellikle doktor olmak üzere, sağlık personeli CYBE/HIV/AIDS'lilere karşı hassas olmalıdır. Döner sermaye uygulamasının hizmet kalitesini kötü etkilemesi önlenmeli ve sağlık hizmeti birimi çalışmalarında yalnızca uygulama sayısı önemli hale gelmektedir. Performans kriterleri, raporlama sisteminde CYBE hizmetleri bakımından gözden geçirilmelidir.

B) Sağlık Bilgi Sistemi (SBS) CYBE-HIV/AIDS'leri de içermek üzere bulaşıcı hastalıklarla ilgili doğru, zamanında ve eksiksiz bilgilerin akışını hızlandırmak için kullanılmalıdır. CYBE için standard vaka tanımlarının kullanımının özel sektörde çalışanları da içermek üzere sürveyans sistemini güçlendirmek amacıyla teşvik edilmelidir.

C) Mevzuat:

- HIV/AIDS'i de içermek üzere, CYBE ile ilgili konuların insan hakları ve uygulamaların etik yönleri de vurgulanarak sağlık mevzuatına girmesi gerekmektedir.
- Belli uygulamaların mevzuattaki yeri ile ilgili önemli belirsizliklerin netleşmesi gerekmektedir. Belli nüfus gruplarına uygulanan evlilik öncesi zorunlu test gibi değişik uygulamaların ortadan kaldırılması gerekmektedir. Kimliğin açıklanmadığı, gönüllü ve mahremiyete saygılı bir şekilde yapılan testlerin kanunen öngörülmesi gerekir.
- Belli uygulamaların yasal temelinin, uluslararası insan hakları esaslarına göre hazırlanan yasal düzenlemelerle güvence altına alınması gerekir. AIDS olan kişilere sağlanan test, tedavi, hizmet, izlem ve destek gibi belli uygulamaların etik esasları belirlenmelidir. Etik esasların uygulanmasının her ortamda sağlanması ve dikkatlice izlenmesi gerekir.
- Seks işçileri ve Genelevlerle ilgili Esaslar ve Seks İşçiliği Sebebiyle ortaya çıkan Zührevi Hastalıklara Karşı Mücadele konusundaki Talimatname'nin yasalaşmasına destek verilmelidir. CYBE'lerin tedavisini durduran mali sorunlar, sosyal güvenlik kuruluşları arasında gelişmiş düzeyde işbirliği ve artan iletişim ile ortadan kaldırılmalıdır.

D) Diğer Sektörler:

- Raporlama için özel sektör sağlık hizmet sunucuları Türkiye'deki sürveyans sistemi için bir gerekliliktir. Özel sektörden geniş çaplı raporlama elde edilmesi için, kamu ve özel sektör arasındaki ortaklık artırılabilir.
- Özel sağlık hizmeti sunucuları ve laboratuvarlar raporlama için CYBE sürveyansı verilerine odaklanmaktadır.
- Aile planlaması hizmetleri ve jinekolojik bakım konusunda hizmet veren kamu ve öze sektördeki kliniklerde görevli hizmet sunucular CYBE'la ilgili vakaları raporlama konusunda teşvik edilmelidir. Klinik görevlileri aynı zamanda diagnostik testlerle asemptomatik hastaların rutin taramasını yapmaya teşvik edilmelidirler.

E) Vaka raporlamasında kullanılan formların uygulanabilirliği ve fizibilitesinin daha güvenilir bir raporlama sağlanması için değerlendirilmesi ve basitleştirilmesi gerekir. Raporlamada kullanılan formların hasta demografisi, risk özellikleri, tedavi ile ilgili detayları ve vaka izleme için gerekli bilgileri içermesi gerekir.

F) CYBE'ler ve HIV/AIDS ile ilgili bilgilendirme/eğitim/iletişim faaliyetlerinin ilgili sağlık hizmeti sunucuları ve savunmasız nüfus grupları ve genel olarak toplumda bilincin artırılması amacıyla desteklenmesi gerekmektedir.

G) Gençlerin bilgiyi faaliyete çevirebilmeleri için sağlık geliştirme konusunda eğitilmeleri gerekir. Spesifik savunmasız gruplar ve risk grupları için tasarlanmış akran eğitim programlarının teşvik edilmesi gerekir.

H) Sürveyans Programı: Veri toplamanın temel amacı, CYBE-HIV/AIDS'in gidişatını değiştirmek için gereken CYBE-HIV/AIDS trendleri konusunda bilgi toplamaktır. İkinci nesil sürveyans risk altında olanları belirlemek ve hangi davranışların enfeksiyona zemin hazırladığı ile ilgili bilgi sağlar. Sürveyans sisteminde uygun nüfuslar ve alt-nüfus ile ilgili veriler bulunmalıdır ve bunlar doğru yöntemlerle birleştirilmelidir. Ayrıca, davranışsal bilgiler de toplanmalıdır. Bu nedenle sentinel sürveyans, davranışsal sürveyans, pasif sürveyans, (vaka raporlama), pediatrik olgu raporlama, ölüm kaydı da kurulacak sürveyans içinde yer almalıdır.

a) Vaka raporlama, düzenli tarama, ticari seks işçileri taraması gibi pasif sürveyansda HIV/AIDS, gonore, sifiliz, hepatit B and C. trachomatis, insan papilloma virus (eğer mümkünse) için yapılmaya devam ettirilmelidir.

b) Sentinal sürveyans: Belirlenen sentinel noktalardaki çalışmalar sürdürülmeli ve CYBE bakımından önem arzeden diğer bazı illeri de içerecek şekilde genişletilmelidir. Ayrıca, üniversitelerle işbirliğinin de biyolojik ve davranışsal çalışmalar için temin edilmesi gerekir. Tablo 25'de bazı CYBE-HIV/AIDS enfeksiyonu sürveyans türleri açıklanmıştır.

Tablo 25. CYBE'ler için Sürveyans türleri

Sürveyans Türleri	HIV/AIDS	Gonore	Sifiliz	Hepatit B	Hepatit C	C. trachomatis	İnsan Papilloma
Pasif Sürveyans	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Vaka bildirimi	✓	✓	✓	✓	✓		
Pediyatrik vaka bildirimi	✓	✓	✓	✓	✓		
Ölüm kaydı	✓		✓	✓	✓		
Laboratuara dayalı bildirim	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Düzenli tarama							
Kan	✓		✓	✓	✓		
Kısa dönemli askere alınanlar	✓						
Kayıtlı seks işçileri	✓	✓	✓	✓	✓		
Evlilik öncesi	Gönüllü olarak, danışmanlık hizmeti veren						
İnvazif tıbbi müdahale öncesi	Gönüllü olarak, danışmanlık hizmeti veren						
Sentinal sürveyansı	✓	✓	✓	✓		✓	
CYBE hastaları	✓	✓	✓	✓		✓	
Damar içi uyuşturucu kullananlar	✓		✓	✓			
Kayıtlı seks işçileri	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Doğum öncesi kliniklerinde çalışanlar	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Kesitsel araştırma	✓					✓	
Diğer risk grupları (*)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
Davranış araştırması	✓						
Topluma dayalı	✓						
Alt nüfusa dayalı	✓						
Küçük çaplı çalışmalar	✓						
Mikrobiyolojik çalışmalar (örn: tecrit etkeni, serologic)	✓				✓	✓	✓
Uyuşturucuya direnç	✓	✓	✓			✓	

*) Araştırma yapıldıktan sonra ortaya çıkan madde

Türkiye'de CYBE-HIV/AIDS konusunda gerçekleştirilen olumlu gelişmeler oldukça önemlidir. Özellikle son yıllarda bu konu üzerine verilen önem ve konunun Devlet politikası içerisinde yer alması ve gösterilen siyasi kararlılık olayın diğer önemli bir boyutudur. Sağlık Bakanlığı'nın göstermiş olduğu bu kararlılık ve buna bağlı Ulusal AIDS komisyonunun oluşturduğu çok sektörlü oluşum, konunun önemine verilen iyi bir örnektir. Son yıllarda bildirim zorunlu CYBE etkenlerinin sayısının artırılması (Gonore ve Klamidya'nın da dâhil edilmesi) bu konuya gösterilen önemi ayrıca ifade etmektedir. Ulusal strateji ve eylem planının geliştirilmesi ve bu konunun desteklenmesi sorun teşkil eden birçok problemin çözülmesine ayrıca yol açacaktır. Türkiye'de CYBE-HIV/AIDS konusunda prevalans yönünden şanslı ülkelerden birisidir. Düşük prevalansa sahip olması nedeniyle bu prevalansın korunması ve daha da değerinin düşürülmesi daha sonraki kuşaklara enfeksiyonların aktarılmasını önleyecek ve minimum düzeyde prevalansı tutmada önemli rol oynayacaktır. Sonuç olarak;

1. Ülke çapında CYBE-HIV/AIDS merkezlerinin yaygınlaştırılması ve geliştirilmesi.
2. Bireyleri test yaptırmaya özendirmek amacıyla gerekli kamuoyunun yaratılması.
3. CYBE-HIV/AIDS konusunda eğitim hizmetlerinin yaygınlaştırılması.
4. Devletin özel sektör ve Sivil Toplum kuruluşları ile işbirliğini geliştirmesi ve yaygınlaştırması.
5. Risk gruplarında testlerin yaygınlaştırılması, ücretsiz ve isimleri alınmadan yapılmasının sağlanması.
6. Gizlilik ilkesinin kanunlar çerçevesinde korunması ve yaptırım uygulanması.
7. Toplumun her kesimine CYBE-HIV/AIDS konusunda sağlık hizmetlerinin ulaştırılması ve ücretsiz hale getirilmesi için gerekli girişimlerin gerçekleştirilmesi. (Öncelikle savunmasız gruplara bu olanakların sağlanması)
8. Uygulanan testlerin kalite kontrolünün yapılması ve standardize edilmesi.
9. Dünya Sağlık Örgütü sürveyans standartlarının benimsenmesi.
10. CYBE-HIV/AIDS'i kontrol altına alabilmek için bireyin hak ve özgürlüklerinin dikkate alındığı sosyal bir çevrenin oluşturulması için gerekli yasal etik ve sosyal düzenlemelerin yapılması.
11. CYBE-HIV/AIDS ile enfekte kişilerin tedavi ve bakımlarının standardizasyonunun gerçekleştirilmesi.
12. Ulusal AIDS Komisyonu içerisinde bir CYBE çalışma grubu oluşturulması
13. Basın, yayın organları ve iletişim kanalları ile işbirliği içerisinde CYBE-HIV/AIDS konusunda olumlu sosyal çevrenin oluşması için gerekli girişimlerin yapılması ve organizasyonunun devlet tarafından oluşturulması.
14. Özel sektörün devlet ile işbirliği içerisinde CYBE-HIV/AIDS konusunda duyarlı hale getirilmesi ve gerekli maddi ve manevi desteği sağlaması için girişimlerde bulunması Türkiye'de sürveyans sisteminin güçlendirilmesine önemli katkılar sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- 1) 1993 ve 1998 Türkiye nüfus ve sağlık araştırması
- 2) 1998 Guidelines for Treatment of Sexually Transmitted Diseases Expert Consultants CDC/Division of STI Prevention (DSTIP)/STI Treatment Guidelines 1997.
- 3) 1998 Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases, MMWR, CDC March (1998)
- 4) 2004 yılı tedavi giderleri yönetmeliği (Resmi Gazete) 2004.
- 5) Adler MW. Sexually transmitted diseases: Control in developing countries. Genitourin Med. 72:83-88 (1996).
- 6) Ağaç fidan A. Sexually transmitted diseases in developing countries. FEMS Recent Advances in the diagnosis of Sexually Transmitted diseases (STDs) Program and Abstracts Book p.3-4 (1998).
- 7) Ağaçfidan A, Anđ Ö (Ed). Cinsel temasla bulaşan hastalıklar kitabı (1999).
- 8) Ağaçfidan A, Badur S, Gerikalmaz Ö. Syphilis prevalence among unregistered sex-workers in Istanbul, Turkey Sex Transm Dis 20: (4) 236-237 (1993).
- 9) Ağaçfidan A, Badur S, Gerikalmaz Ö, Yılmaz G, Çetin E.T.. İstanbul'da hayat kadınlarında T. pallidum, HIV ve HBV seroprevalansının araştırılması s.37. 5. Klimik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Kongresi Özet Kitabı, Adana (1991).

- 10) Ağaçfıdan A, Badur S, Türkoğlu S. (Ed) İnfeksiyon Hastalıklarının tanısında moleküler tanı Yöntemleri kitabı (2001).
- 11) Ağaçfıdan A, Beka H, Önel M, Bilgin M, Önel D, Badur S. Kadınlarda insan papilloma virus (HPV) ve Chlamydia trachomatis araştırılması. 70. Yıl Bilimsel Toplantısı kitabı. Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti yayını no: 40 s.325-327 (2001).
- 12) Ağaçfıdan A, Chow JM, Pashazade H, Özarmağan G, Badur S. Screening of sex workers in Turkey for Chlamydia trachomatis. Sex Transm Dis. 24:573-575 (1997).
- 13) Ağaçfıdan A, Genç M, Badur S, Ang Ö. Genital chlamydial infections in Turkey. Proceeding of the Third Meeting of the European Society for Chlamydia research. P.403 Vienna, (1996).
- 14) Ağaçfıdan, A., Genç, M., Özarmağan, G., Pashazadeh, H. Badur, S., Mardh P.A. Screening for Chlamydia Trachomatis in Registered East European Sex-workers in Istanbul, Turkey”, Infection Control: New Perspectives, Abstract Book. Istanbul: October 7-9. p.53. (1993)
- 15) Ağaçfıdan A, Kohl P. Sexually transmitted diseases (STDs) in the world. FEMS Immunology and Medical Microbiology 24:431-435 (1999).
- 16) Ağaçfıdan A, Moncada J, Aydın D, Önel M, Alp T, Isık N, Badur S, Ang O. Prevalence of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae in Turkey among men with urethritis. Sex Transm Dis 28 (11):630-2 (2001).
- 17) Ağaçfıdan A, Önel M, Önel D, Yıldırım E, Berkman S, Badur S. Servikal örneklerde HPV DNA'nın nükleik asid hibridizasyon yöntemi ile saptanması. VII:Ulusal Jinekolojik Onkoloji Kongresi kitabı s.64 (2000).
- 18) Ağaçfıdan A, Önel M, Önel D, Yıldırım E, Berkman S. Servikal örneklerde HPV DNA'sının nükleik asid hibridizasyon yöntemi ile saptanması s.374 XXIX. Türk Mikrobiyoloji Kongresi Kitabı (2000).
- 19) AIDS Savaşım Günleri 94 " Second European Meeting on Migratory Prostitution" kitabı WHO Coll. Centre for STD and their complications at Uppsala University, Sweden. AIDS Savaşım Derneği, İstanbul (1994).
- 20) AIDS'nin önlenmesinde insan hakları ve kamu özgürlüklerinin korunması, Ulusal AIDS Komisyonu, Türkiye Ulusal AIDS Komisyonu Yayını (1999).
- 21) Akça T, Özkaya H, Shorbagi A, Soytaç S, Zayyan E. Üreme sağlığı konusunda üniversite öğrencilerinin bilgileri ve davranışları, Hacettepe Üniversitesi, Halk Sağlığı Departmanı, Intern'lük çalışma (Türkçe, alıntı) (2000).
- 22) Akgöz A, Polatdemir B, Akoğlu H, Yılmaz KB, Yıldırım S, Akcan S.. Hacettepe Üniversitesi'ne bağlı Sağlık İdaresi Okulu'ndaki öğrencilerin CYBH ile ilgili bilgileri ve uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Dept. , Intern'lük çalışması (Türkçe, alıntı) (2000)
- 23) Altan P. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Şubesi Müdürü, Bireysel Konuşma (2004).
- 24) Ankara Ticaret Odası Fahişelik raporu 2004.
- 25) Aral, S.O. “HIV/AIDS and Other STIs in Turkey in Global Context”, Boğaziçi Journal: Review of Social, Economic and Administrative Studies, (Ed. Adaman, F. Sunar, D.) Vol 13, Number 1-2. (1999)
- 26) Aral, S.O. and Holmes, K.K. “Sexually Transmitted Diseases in the AIDS Era”, Scientific American, 264 (2): pp. 62-69. (1991)
- 27) Atamer Ş. Madde Bağımlılığı ve HIV/AIDS 6. Türkiye AIDS Kongresi kitabı s.26 (2003).
- 28) Badur S. AIDS Savaşım Derneği Başkanı, Bireysel Konuşma (2004).
- 29) Badur S, Çetin ET, Akış N ve ark. İstanbul'da hayat kadınları, eşcinseller ve hastane çalışanlarında hepatit B ve HIV prevalansı. Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Derg. 16(4):135-146 (1986).
- 30) Badur S, Töreci K, Köroğlu A ve ark.. İstanbul'da üretrit olgularında Neisseria gonorrhoeae, Ureaplasma urealyticum ve Chlamydia trachomatis prevalansı, Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Derg. 16(4): 125-134 (1986).
- 31) Bayram M, Sultan N, Ulutan F, Batı H. Genital Sistem Enfeksiyonlarında etken mikroorganizmalar. Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Derg. 19(2-3) 87-94 (1994).
- 32) Beka H, Önel M, Oran FK, Küçüçük S, Ağaçfıdan A, Bozkaya E. Serviks kanserli hastalarda Herpes simplex virusunun araştırılması. 1. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Sempozyumu kitabı s.12 (2004).
- 33) Bosyaka E. “Türkiye'de AIDS” Second European Meeting on Migratory Prostitution, Istanbul:Abstract Book March 29-30. p.61(1994)
- 34) Brunham, R.C. and Ronald, A.R. “Epidemiology of Sexually Transmitted Diseases in Developing Countries” in J.N. Wasserheit, S.O. Aral, K.K. Holmes and P.J. Hitchcock (eds), Research Issues in Human Behavior and Sexually Transmitted Diseases in the AIDS Era: 61-80. Washington, D.C. American Society for Microbiology. (1993)

- 35) Bulut A, Yolsal N, Fillipi V, Graham W. In Search for Truth: Comparing alternative sources of information on reproductive tract infections. Reproductive Health Matters No:6 p.31-39 (1995).
- 36) Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar Tanı ve Tedavi rehberi. Düzenleyenler: Olcay Neyzi, Nuray Yolsal, İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. (2002).
- 37) Devlet İstatistik Enstitüsü-Devlet Planlama Teşkilatı: 5 yıllık kalkınma planı 2001-2005.
- 38) Devlet İstatistik Enstitüsü Ölüm İstatistikleri 2001.
- 39) Devlet Planlama Teşkilatı 2002 yıllık program.
- 40) Dinçer N, Önel M, Beka H, Öner YA, Ağaçfidan A. Erkeklerde non-gonokoksik üretrit etkeni olarak Chlamydia trachomatis ve Trichomonas vaginalis araştırılması. 1. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Sempozyumu kitabı s.14 (2004).
- 41) Emniyet Genel Müdürlüğü, Basın ve Halkla İlişkiler Şube Müdürlüğü verileri (2004).
- 42) Erbaydar T. Sağlıklı Davranış modelleri ve HIV/AIDS önleme çalışmaları. 6. Türkiye AIDS Kongresi kitabı s.47-53 (2003).
- 43) Erdoğan, H., Ördek, S., Özkan, E., Türkoğlu, S., Yılmaz, G. "Detection of HBs Antigen and Anti HCV Antibodies in HIV Infected Patients", Poster Presented in Laboratory Monitoring of Viral Infections and Antiviral Resistance Detection, The Marmara Hotel, Istanbul: June 10-13. (2000).
- 44) Ergil, D. Profile of Drug Addiction and Resistance in Turkey, UN Report, Ankara. (1993)
- 45) Fincancı M. Tedavi: Türkiye dünyanın neresinde 6. Türkiye AIDS Kongresi kitabı. s.21-22 (2003).
- 46) Fourreau, P.O., Sunar, D. "Cultural and Psychological Factors Predicting Condom Use in Turkish Young Men: A Comparison of Heterosexual and Homosexual Samples", *Bogazici Journal: Review of Social, Economic and Administrative Studies*, 13(1-2), p.161. (1999)
- 47) Fourreau, P.O., Sunar, D. "Cultural and Psychological Factors Predicting Condom Use in Turkish Young Men: A Comparison of Heterosexual and Homosexual Samples", *Bogazici Journal: Review of Social, Economic and Administrative Studies*, 13(1-2), p.166. (1999)
- 48) Genç M, Ağaçfidan A, Gerikalmaz Ö, Mardh P-A. A descriptive study on Rumanian women prostituting in Istanbul. *Medikal Dergi* 104:45-48 (1995).
- 49) Genel Hıfzısıhha Kanunu No: 1593.
- 50) Genelevde çalışan ve giden bazı kişiler ile bireysel konuşma, İstanbul (2004).
- 51) Genel Kadınlar ve Genel Evlerin Tabi Olacakları Hükümler ve Fuhuş Yüzünden Bulaşan Hastalıklarla Mücadele Tüzüğü, No. 5/984, 30.3.1961.
- 52) Gökengin D. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarla Savaşım Derneği Genel Sekreteri, Bireysel konuşma. (2004).
- 53) Gökengin D, Yamazhan T, Ozkaya D, Aytug S, Ertem E, Arda B, Serter D Sexual knowledge, attitudes, and risk behaviors of students in Turkey. *J Sch Health*. 2003 Sep;73(7):258-63. (2001)
- 54) Grandi, J.L., Palhares, M.C., Goihman, S. "Syphilis and Hepatitis B in a HIV High Risk Population", European Congress of Clinical Microbiology and Infections Diseases, Istanbul: April 1-4 (2001).
- 55) Guidelines for using HIV testing technologies in surveillance. Selection, evaluation and implementation. WHO/CDC/CSR/EDC/2001.16/UNAIDS/01.22E
- 56) Gültekin B, Işık İB, Asal MK, Demirtaş S, Hazırolan T. Ankara Bentderesi Genelevi'nde CYBH'nin önlenmesi ve bulaşma yolları konusundaki bilgiler, tutumlar ve uygulamalar. Hacettepe Üniversitesi. Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı, İntern'lük çalışması (Türkçe, alıntı) .(1996).
- 57) Hacıbektaşoğlu, A., Barut, A., Tümerdem, Y. "Ankara Genelevinde Çalışan Kadınlara Giden Erkeklerin Kondom Kullanma Oranları ve Kondom Kullanma Tepkileri", *Second European Meeting on Migratory Prostitution*, Abstract Book March 29-30, Istanbul. p.52 (1994).
- 58) HIV seropozitif bazı kişiler ile bireysel görüşme, İstanbul (2004).
- 59) HIV/AIDS Surveillance in Europe, End-year report 2001, No: 66.
- 60) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdları Enstitüsü 1998 Nüfus ve Sağlık Araştırması, Ankara. (1999).
- 61) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdları Enstitüsü Demografik ve Sağlık Araştırması, Ankara (2003).
- 62) Johansson CB. Cinsel temasla bulaşan hastalıkların tarihçesi. Cinsel temasla bulaşan hastalıklar kitabı. (Ed: Ağaçfidan A, Ang O) s. 19-36 (1999).
- 63) Kaygusuz A, Badur S, Ander H, Çetin ET, Köroğlu A. İstanbul'da üretritli olgularda etkenlerin dağılımı. *Türk Mikrobiyol Derg* 17 (3-4):116-124 (1987).

- 64) Kebudi, R., Ayan, İ., Yılmaz, G., Akıcı, F., Görgün, Ö., Badur, S. (2000) "Seroprevalence of Hepatitis B, Hepatitis C, and HIV Infections in Children with Cancer at Diagnosis and Following Therapy in Turkey", Medical and Pediatric Oncology, 34: 103.
- 65) Khotenashvili L. Türkiye'nin HIV/AIDS süveyans sistemine ilişkin değerlendirme DSÖ/EURO Türkiye Misyonu Raporu (2003).
- 66) Koç I, Ergöçmen B, Yiğit EK, Senlet P. According to 1998 Turkey Demographic and Health Survey, contraceptive discontinuation, failure and behaviours of contraceptive switching, Hacettepe University Institute of Population Studies, 2001.
- 67) Kohl P. Sexually transmitted diseases in developed countries. FEMS Recent Advances in the diagnosis of Sexually Transmitted diseases (STDs) Program and Abstracts Book p.5 (1998).
- 68) Kontaş M. Dünyada ve Türkiye'de HIV/AIDS. 6. Türkiye AIDS Kongresi kitabı. S.13-19.(2003).
- 69) Kuru, U., Turan, O., Kuru, N., Sağlam, Z., Ceylan, Y., Nurluoglu, M., Agacfidan, A. "Prevalence of Hepatitis B Virus Infection in Pregnant Turkish Women and Their Families", European Journal of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, 15(3). pp. 248- 251(1996).
- 70) Laga, M., Manoka, A., Kivuvu, M., Malele, B., Tuliza, M., Nzila, N. "Non-ulcerative Sexually Transmitted Diseases as Risk Factors for HIV-1 Transmission in Women: Results from a Cohort Study". AIDS 7. p. 95-102 (1993).
- 71) Mardh PA, Genc M Migratory Prostitution with Emphasis on Europe. J Travel Med. 1;2(1):28-32(1995).
- 72) Medikal Dergi AIDS özel sayısı (1995).
- 73) Ögel, K. Türkiye'de Madde Bağımlılığı, IQ Kültür Sanat Yayıncılık, İstanbul. s. 22 (2001).
- 74) Okuyan M. AIDS Mücadele Derneği Başkanı, Bireysel Konuşma (2004).
- 75) Özarmağan G, Altınok T, Yeğenoğlu Y, Saylan T, Baransu O. The results of the first STD clinic in Turkey. Dermatology in Europe, Proceeding of the 1st Congress of the European Academy of Dermatology and Venerology (Ed: Panconesi E) p.754-757 (1985).
- 76) Özkan B, Özkan E, Soykan G, Gül G, Yıldız N, Keha N. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık İdaresi Öğrencilerinin Cinsel Sağlık Konusunda Bazı Bilgi ve Davranışlarının Saptanması, Consultant: Levent AKIN, HÜ. Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilin Dalı.(2000)
- 77) Özkan E, Ağaçfidan A, Bozkaya E, Badur S. Bilim Dalımızda HIV seropozitif olguların saptanması ve risk gruplarına göre dağılımı. 1. Ulusal Cinsel yolla bulaşan hastalıklar sempozyumu kitabı. s. 79 (2004).
- 78) Ronsmans C, Bulut A, Yolsal N, Agacfidan A, Fillipi V. Clinical algorithms for screening of Chlamydia trachomatis in Turkish women. Genitourin Med. 72:182-186 (1996).
- 79) Sağlık Bakanlığı Bülteni No: T.S. 5779. 17.9.1985
- 80) Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bülten No: 4800 18.4.1994.
- 81) Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yılı 2002
- 82) Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Çalışma Yılı. Yayın No: 655, 2004.
- 83) Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Kayıtları 2001.
- 84) Sağlık Bakanlığı Kayıtlı seks işçilerinde CYBE hakkında istatistikler 2001.
- 85) Sağlık Bakanlığı ve Avrupa Topluluğu Üreme Sağlığı Programı, HIV/AIDS Tanı ve Tedavi Standardizasyonu Workshop'u Çalışma Raporu 21-22 Temmuz (2004).
- 86) Sağlık Bakanlığı ve Avrupa Topluluğu Üreme Sağlığı Programı. Laboratuvar Tanısı ve Standardizasyonu Workshop'u Çalışma Raporu. 8-9 Temmuz (2004).
- 87) Sağlık Bakanlığı ve Avrupa Topluluğu Üreme Sağlığı Programı. Risk grupları workshop'u çalışma raporu. 28-29 Temmuz (2004).
- 88) Sağlık Bakanlığı, 1997 Ülke Sağlık Raporu, Ankara 1998.
- 89) Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Şubesi, 1999.
- 90) Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri, Araştırma Planlama ve Koordinasyon Şubesi, Ankara (2001).
- 91) Sağlık Hizmetlerinde sosyal düzenleme ile ilgili Kanun No. 224, Enacted 5 Ocak 1961.
- 92) Sağlık Hizmetlerinin yürütülmesi hakkında yönerge
- 93) Serter D. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarla Savaşım Derneği Başkanı, Bireysel Konuşma (2004).
- 94) Tezcan S, HIV/AIDS Epidemiyolojisi ve Türkiye'deki diğer CYBE'ler, Turizm Sağlığı Paneli, Türkiye Cumhuriyeti, Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 25-27 Mayıs 2000 Antalya-Türkiye 2000

- 95) Toros A, Öztekin Z. Health Services Utilization in Turkey (1992 National Survey) Final Report. Ankara: Republic of Turkey Ministry of Health.1993. p. 93-95.
- 96) Turan Ö, Kuru Ü, Ağaçfıdan A ve ark. Gebe kadınlarda sifiliz taraması: Türkiye'de gebelerde sifiliz tarama çalışmaları gerekli midir? İnfeksiyon Derg. 7 (3-4): 297-301 (1993).
- 97) Turhanoglu M, Turgut H. Vajinit tanılı hastaların vajinal sürüntülerinde izole edilen mikroorganizmaların dağılımı. Türk Mikrobiyoloji Cem Derg 24:59-61 (1994).
- 98) Türk Sivil Kod No: 4721, Makale 136.
- 99) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması.
- 100) Türkiye'nin Nüfusu 1923-1994, Demografik Yapı ve Gelişim, Devlet İstatistik Enstitüsü,1995.
- 101) UNDCP (1997) "İstanbul'da uyuşturucu kullanımı : Hızlı Değerlendirme Çalışması, 1996-97", AD/TUR/95/894-95. p. 11
- 102) UNFPA (1998) The State of World Population.
- 103) Ungan M, Yaman H AIDS knowledge and educational needs of technical university students in Turkey. Patient Educ Couns. 2003 Oct;51(2):163-7.
- 104) Ünal S. Hacettepe Üniversitesi HATAM Başkanı, Bireysel Konuşma (2004).
- 105) Ünal T., Koç I. Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998-Turkey. Bölüm 4: Aile Planlaması, Macro International Inc. Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Çalışmaları Enstitüsü, 45-67. Ankara (1999).
- 106) WHO Guidelines for Sexually Transmitted Infections Surveillance: UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS/STI Surveillance.(1999)
- 107) WHO Global Prevalence and Incidence of Selected Curable Sexually Transmitted Infections: Overview and Estimates, p. 3. (2001)
- 108) World Health Organization Sexually Transmitted Diseases three hundred and thirty three million new curable cases in 1995. World Health Organization. Geneva (1995).
- 109) www.die.gov.tr 12.10.2004'de erişildi
- 110) www.saglik.gov.tr 12.10.2004'de erişildi.
- 111) Yılmaz G, Ağaçfıdan A, Özarmağan G, Öney S, Bahramani N, Badur S. Prevalence of Herpes simplex virus infection among registered sex-workers in İstanbul, Turkey. Infection control new perspectives Joint Meeting and Abstracts Book p.57 (1993).
- 112) Yılmaz G, Bozkaya E, Türkoğlu S, Badur S, Çetin ET. Hayat kadınlarında genital Herpes simplex virusu enfeksiyonu prevalansının hücre kültürü ve enzim immünoassay yöntemleri ile saptanması. Klimik Derg 4:72-73 (1991).
- 113) Yılmaz, G., Işık, N., Gerikalmaz, Ö., Aksu, Y., Aker, E. (1995) "HIV Infection in İstanbul", VIII Symposium Mediterranean De Sidenologie, Abstract book 10-11 March 1995, Toulon, France.
- 114) Yüksel, A., Saporta, L. "İstanbul'da İki Ayrı Fabrikada Çalışan Erkeklerde Genel ve Genel Kadın Deneyimi, II. Türkiye AIDS Kongresi, Özet Kitabı İstanbul.(1995)
- 115) Türkiye'de Temel Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar/HIV Sürveyansı Hizmet Araştırması Projesi Özet raporu.(2007)
- 116) Türkiye Ulusal HIV/AIDS Stratejik Eylem Planı 2007-2011.

TÜRKİYE'DE GEBE VE DOĞUM TAKİBİNDE EBENİN YERİ VE YETKİLERİ

Role of Midwives in Prenatal, Natal and Postnatal Care of Women in Turkey

Bu yazıdaki temel bilgiler www.tuspmoe.gen.tr sitesinden alınmıştır

ÖZET

Ebeler yurdun her yerinde, özellikle kırsal kesimde ve sahada özveriyle çalışan bir meslek grubunu oluşturmaktadır. Bu yazıda ülkemizde perinatal ve maternal mortalite ve morbiditeyi azaltmada önemli roller alan ebelerin kadının sosyal gelişimine etkileri, eğitimleri, yasal yetki ve sorumlulukları incelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Ebe, doğum, gebe takibi

ABSTRACT

Midwives are working in every part of the country to struggle against decreasing the perinatal and maternal mortality and morbidity. In the presented paper history of midwives in Turkey, effects on the social development and the legislature related to midwives were reviewed.

Key Words: Midwife, prenatal care, delivery

Ebe; ilgili ülkede tanınan ebelik eğitimine kabul edildikten sonra ebelik için öngörülmuş çalışmaları başarıyla tamamlamış ve ebe olarak tescil edilecek şekilde gerekli nitelikleri kazanmış ve ebelik yapmak için yasal olarak yetki verilen sağlık personelidir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre; Ebe, gebelik sırasında, doğumda ve doğumdan sonra gerekli bakım ve danışmanlığı sağlamak, normal doğumları kendi sorumluluğunda yaptırmak ve yenidoğanın bakımını yapmak üzere eğitilmiş kişidir.

Ebenin temel görevi, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma, yükseltme ve sürdürmedir. Ebeler koruyucu sağlık hizmetlerinde çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerinde ve sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde ve tedavi edici sağlık kurumlarında, doğumevleri ve hastanelerin doğum kliniklerinde görev alırlar. Ebeler bizim ülkemizde temel sağlık hizmetlerinin ve koruyucu sağlık hizmetlerinin merkezinde yer alan sağlık personelidir.

5 Ocak 1961 tarihli 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun'un" verdiği yetkiyle sağlık evlerinde ve sağlık ocaklarında, ve de ev ev dolaşarak çok özverili bir şekilde çalışarak, ülkenin özellikle ana çocuk sağlığı hizmetlerine büyük katkı koymuşlardır.

Nitekim Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2000 yılında Münih Deklarasyonu ile sağlığın geliştirilmesi çalışmalarında ebelik hizmetlerini değerlendirerek, doğurganlık hızının düşürülmesinde, anne ve çocuk ölümlerinin azaltılmasında ebenin bireye, aileye ve topluma sunduğu hizmetlerin kalitesinin önemi üzerinde durmuştur.

Milenyum Kalkınma Hedefleri'ne ulaşmanın sağlanmasında diğer sağlık hizmetlerinin yanında "Ebelik Hizmetlerinin" geliştirilmesinin önemi; 2020 yılında dünya

nüfusunun 1 milyardan fazlasının 60 yaş üzerinde olacağı ve bağımlı nüfusun 1990 yılıyla karşılaştırıldığında %115-257 oranında artacağı projeksiyonu ile açıkça görülmektedir. Sadece giderek artan yaşlı nüfusun sağlık ihtiyaçlarının karşılanması değil, güvenli anneliğin sağlanmasında en önemli girişim olan doğumların sağlık personeli tarafından yapılması da gerçekleştirilememiştir. Bu gün gelişmekte olan ülkelerde, bütün doğumların sadece %58'i bir ebe veya eğitilmiş sağlık personeli yardımıyla gerçekleştirilmektedir.

"Dünya Sağlık Örgütü, Avrupa Bölgesi," 21.Yüzyılda Herkes İçin Sağlık Hedefleri" nde yer alan "Yaşama Sağlıklı Başlanması Hedefi" ebelik mesleğinin aile ve toplum için ne kadar önemli olduğunu bir kez daha açığa çıkarmıştır. (Hedef 3 "2020 yılına kadar, bölgedeki yenidoğanların, bebeklerin, okul öncesi yaşlardaki çocukların hepsinin yaşama sağlıklı başlayarak daha sağlıklı olmaları sağlanmalıdır.")

5 -13 Eylül 1994 tarihlerinde Kahire'de "Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansında" kabul edilen eylem planında, "cinslerarası eşitlik, hakkaniyet kadınların güçlendirilmesi, güvenli annelik, üreme hakları ve üreme sağlığı vb" gibi önemli konularla ilgili uluslararası amaçlar belirlenmiş, politika ve programlara yer verilmiştir. Bu programlarda en önemli görev ekip anlayışı içerisinde, tüm sağlık personeline ama öncelikle ebeye verilmiştir.

Tüm dünyada, 2001 yılında, HIV/AIDS, tüberküloz ve sıtmaya bağlı 5.7 milyon ölüm olması, doğumların ehil ebeler tarafından yapılamaması (güvenli annelik) vb., gibi nedenlerle, ebelik hizmetlerinin bilimsel tabana ve klinik kanıtlara dayalı olarak yürütülmesinin önemi iyice belirginleşmiştir. Mayıs 2001'de yapılan 54. Dünya Sağlık Asamblesi'nde; Ebeler ve hemşirelik hizmetlerinin güçlendirilmesiyle ilgili WHA54.12. kararı uyarınca "ebelik ve hemşirelik hizmetlerinin" bilimsel tabana ve klinik kanıtlara dayalı olarak yürütülmesi" öngörülmüştür.

Ülkemizde sağlıklı birey, sağlıklı toplumlara ulaşmak için, ebelik eğitimi ve ebelik hizmetlerinin ülke şartları ve ulusal sağlık sorunları göz önünde bulundurularak uluslararası standartlara uygun hale getirilmesi gerekmektedir.

Ebelerin ulusal ve uluslararası organizasyonlara katılarak bilimsel gelişmeleri yerinde ve yakından izlemeleri mesleğin en iyi şekilde gelişimi ve ülkenin sağlık sorunlarının çözümü için oldukça önem kazanmaktadır.

Uluslararası Ebeler Birliği (ICM) 1919 yılında Hollanda'da kurulmuştur. 1954 yılında Birliğin adı "Uluslararası Ebeler Konfederasyonu" olarak değiştirilmiştir. 1987 yılında Hollanda 'da yapılan Uluslararası Ebeler Konfederasyonu toplantısında, her yıl "5 Mayıs" gününün "Dünya Ebeler Günü" olarak kutlanması kararına varılmıştır.

Ebeler Birliği 1991 yılından beri, ebeler gününde o yıl için belirlenen bir tema üzerinde durmayı, çözüm önerileri üretmeyi geleneksel hale getirmiştir. Bu kapsamda 1999 yılında Filipinler'de yapılan Uluslararası Ebeler Konfederasyonu toplantısında 3 yıl boyunca işlenecek temanın "eşitlik" olmasına karar verilmiştir.

Ülkemizde ebelik mesleğiyle ilgili olarak 1954 yılında "Ebelik Derneği" kurulmuş olup merkezi İstanbul'dadır. Ebeler günü, ülkemizde ya "5 Mayıs'da" ya da çocuklara atfen "23 Nisan Ulusal Egemenlik ve Çocuk Bayramı 'nda" kutlanmaktadır. Çocukların doğumunu yaptırarak, doğumuna vesile olan "ebeler" olduğu için, "ebelik haftası" "21 28 Nisan" tarihleri arasında yer almaktadır.

Bu meslek insanlık tarihi kadar eski ve bir o kadar da önemlidir. Ebelik eskiden ülkemizde anadan kıza geçen, görgü ve deneyime dayanan bir meslektir.

ÜLKEMİZDE EBELİK MESLEĞİNİN VE KADININ SOSYAL GELİŞİM TARİHİ

Ebelik bir kadın mesleği olarak günümüze kadar geldiği ve en çok da kadınlara hizmet verdiğinden dolayı, ebelik mesleğinin tarihi denince akla "kadınların da sosyal tarihi" gelmektedir.

- Ebeliği ayrı bir meslek dalı olarak değerlendiren Dr. Besim Ömer Akalın (1862-1940), ebelik eğitiminde adeta yeni bir çağ açarak Ebe Okulu'nu çağdaş bir özelliğe kavuşturmuştur. Yayınladığı "Doğurduktan Sonra " ve "Ebe Hanımlara Öğütlerim ve Ebelik" adlı eserleriyle çağdaş ebeliğin kurucusu olmuştur.
- Kadınlar ebelik eğitimini ilk kez 1843 yılında almaya başlamışlardır. İlk yıl olan eğitim İstanbul'da Tıbbiye Mektebi'nde verilmiştir.
- 1856 Köle ve cariye alınıp satılması yasaklandı.
- 1858 Kadınlar ilk kez miras yoluyla mülkiyet hakkını kazandı.

- İlk doğum kliniği 1862 yılında, Gülhane Parkı içinde bir binada açılmıştır.
- 1863 yılında, Fatma Hanım ve Nesibe Hanım ilk defa devlet memuru statüsünde ve maaş karşılığında ebe olarak çalışmışlardır.
- 1869 Kızların eğitimine ilk kez yasal zorunluluk getirildi.
- 1871 Resmi nikah zorunlu hale getirildi.
- 1892 yılında, Haseki Nisa Hastanesinde (Kadın Hastanesi) Hatice Hanım ve Ayşe Hanım pansumancı olarak, Züleyha Hanım ise ebe olarak göreve başlamışlardır.
- 1892 yılında İstanbul'da ilk özel doğum kliniği açılmıştır.
- 1895 yılında, ebelik eğitimi programına hasta bakıcılık dersleri de dahil edilmiştir.
- 1897 Kadınlar ücretli işçi olarak çalışmaya başladı.
- 1905 yılında, Kadırga'da Ebe Mektebi ve Doğumhanesi açılmıştır.
- 1905 yılında Afyon Belediyesi'nde ebe Hayriye Hanım görevlendirilmiştir.
- 1913 yılında "Ulviye Meydan" tarafından "Osmanlı Kadınının Hakkını Savunma Derneği" kurulmuştur.
- 1913 Kadınlar ilk kez devlet memuru olarak çalışmaya başladı.
- 1914 Kadınlar tüccarlık ve esnaflığa başladı.
- 1914 Kızlar için bir yüksek öğretim kurumu açıldı.
- 1921 Karma öğretime geçildi.
- 1922 Yedi kız öğrenci "Tıp Fakültesine" kayıt yaptırarak eğitime başladı.
- 29 Ekim 1923 Cumhuriyet ilan edildi ve kadınlar için bir çok yasal ve yapısal reformlar hazırlanmaya başlandı.
- 3 Mart 1924 Öğrenim birliği (Tevhid-i Tedrisat) yasasıyla kız ve erkek öğrenciler eşit haklarla eğitim görmeye başladılar.
- 1924 yılında ebelik okulu tam olarak tıp fakültesine bağlanmış ve İstanbul, Şişli Çocuk Hastanesi'nde, 50 kişilik bir "Ebe Öğrenci Yurdu" açılmış, iki yıl süren bir yatılı eğitim sonucunda okulu bitirenler zorunlu hizmet yükümlülüğü ile değişik illerin belediye ebeliği ve ebelik kapsamındaki diğer görevlere atanmışlardır. (Öğretimini uzun seneler devam ettiren bu okul, 1969 - 1970 öğretim yılında, uygulamasına geçilen, İstanbul Üniversitesi Ebe Okulu Yönetmeliği uyarınca öğrenim süresi 4 yıl olarak belirlenmiş ve ortaokul ya da kız enstitüsünü bitirmiş, 15 - 25 yaşındaki kız öğrencilerin gündüzlü ve yatılı olarak alındığı, Sağlık Lisesi durumuna getirilmiştir.)
- 7 Şubat 1926 Türk Medeni Kanunu kabul edildi, çok eşlilik ve tek taraflı boşanma kaldırıldı.
- 1930 Belediye yasası çıkarılarak kadınlara belediye seçimlerinde seçme ve seçilme hakkı tanındı.

- 26 Ekim 1933 Kadınlara köylerde muhtar olma ve ihtiyar heyetine girme hakkı tanındı.
- 5 Aralık 1934 Anayasa değişikliği ile kadınlara seçme ve seçilme hakkı tanındı.
- 8 Şubat 1935 TBMM 5. dönem seçimleriyle 17 kadın milletvekili ilk defa meclise girdi.
- 1945 Analık sigortası (doğum yardımı) 4772 sayılı yasa ile düzenlendi.
- 1950 “Müfide İlhan” ilk kadın belediye başkanı olarak Mersin’den seçildi.
- 1952 “Ana Çocuk Sağlığı Hizmetleri” Sağlık Bakanlığı bünyesinde verilmeye başlandı.
- Sağlık Bakanlığı’nın (ki o zaman ki adı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) ortaokula dayalı ilk ebe okulu 1952 yılında Ankara Doğumevi’nde açılmış ancak, 1956 yılında kapatılarak, öğrencileri Ankara Cebeci, Hemşire Laborant Okulu’na taşınmıştır. Daha sonra 1959 yılında Ankara Doğumevi Ebe Okulu yeniden öğretime başlamıştır.
- 1961 yılında İstanbul’da “Zeynep Kamil Sağlık Koleji” ebe yetiştirmek amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından açılmıştır.
- 1965 “Nüfus Planlaması Hakkında Kanun” çıkarıldı.
- 22 Aralık 1966 ILO ‘nun “eşit işe eşit ücret” sözleşmesiyle , kadın ve erkek işçiler arasında ücret eşitliği sağlandı
- 26.03 1971 Türkan Akyol ilk kadın bakan olarak atandı.
- Sağlık Bakanlığı, 1975 yılında ebe ve hemşire okullarını birleştirmiş ve “Ebe Hemşire” yetiştirme kararını almıştır.
- Ebe ihtiyacının köylerde daha fazla olduğu gerekçesiyle Milli Eğitim Bakanlığı Köy Enstitülerinin bünyesinde ebeler bölümü açmış, daha sonra Köy Enstitüleri kapatılınca , bu ebeler bölümü de kapanmıştır.
- İki yıllık uygulamadan sonra “Ebe Hemşire” eğitiminden vazgeçilmiş ve yeniden ebe ve hemşireler ayrı ayrı eğitilmişlerdir.
- 1975 yılında Birleşmiş Milletler “8 Mart” gününü tüm dünyada “Dünya Emekçi Kadınlar günü “ olarak kabul etmiştir.
- 1978-1979 öğretim yılı sonunda çıkarılan “Sağlık Meslek Liseleri yönetmeliği” ile Sağlık Kolejleri “Sağlık Meslek Liselerine” dönüştürülmüştür. Artan istek üzerine Sağlık Okullarının tümü “Sağlık Meslek Lisesi” haline getirilmiş ve bu okullara ortaokul mezunu öğrenciler alınmıştır.
- 1978 yılında “Köy Ebe Okulları” uygulamasına son verilmiştir. Ebelerin Sağlık Meslek Liseleri Ebeler Bölümlerini bitirmeleri koşulu getirilmiştir.
- 27 Mayıs 1983 Nüfus Planlaması Hakkında Kanun’da değişiklik yapılarak yeni “2827 Sayılı yeni Nüfus Planlaması Kanunu” çıkarıldı.
- 1985-86 öğretim yılında bu okullara ilaveten Sağlık

Hizmetleri Meslek Yüksek Okulları bünyesinde ebeler programları açılmıştır. Lise ve meslek lisesi mezunu kız öğrencilerin ÖSS sonucuna göre alındığı önlisans ebeler programından mezun olan öğrencilere, önlisans diploması verilmiştir.

- 1986 - 87 ders yılında Sağlık Bakanlığı lise mezunu kız öğrencilerin alındığı bir yıllık ebeler kursları açmış, ancak kısa bir süre sonra bu kurslarda kapatılmıştır.
- 29 Kasım 1990 yılında Medeni Kanun’da yapılan değişiklikle kadınlar artık eşlerinden izin almadan bir işte çalışmaya başladılar.
- 1990 yılında Türk Ceza Kanunu’nun 438. maddesi insan haklarına aykırı bulunularak TBMM tarafından yürürlükten kaldırıldı. (Bu maddeye göre tecavüze uğrayan kadın eğer hayat kadını ise, suçluya ceza indirimine gidiliyordu.)
- 1990 yılında Kadının Statüsü ve Sorunları Başkanlığı kuruldu.
- 1991 yılında ilk kadın vali Lale Aytaman Muğla iline atandı.
- 1992 yılında sağlık meslek lisesi mezunu ebeler Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi bünyesinde, “Sağlık Personeli Önlisans Ebeler Eğitimi” de başlatılmıştır
- 10 Eylül 1992 tarihinde Sağlık Bakanlığı ve YÖK arasında sağlık meslek lisesi binaları içinde “Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu” açılmasına ilişkin bir protokol imzalanmıştır. Böylece imzalanan bu protokol göre bu okullara artık Sağlık Bakanlığı öğrenci almayacak ve 3 yıl sonunda bu meslek liseleri tasfiye edilecektir. Bu protokol doğrultusunda çok sayıda sağlık meslek liselerinde “Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Ebeler ve Hemşirelik” programları başlamıştır.
- 25 Haziran 1993 Türkiye’nin ilk kadın başbakanı Tansu Çiller hükümeti kurdu.
- Sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi amacıyla gereksinim duyulan ebe, hemşire ve sağlık memurlarının yüksek öğretim sistemi ile uluslararası normlara uygun olarak yetiştirilmesi için Sağlık Bakanlığı ve YÖK arasında bir protokol imzalanmıştır. Bakanlar Kurulu’nun 10 Ekim 1996 tarih ve 96/8655 sayılı kararı ile bu listede yer alan üniversitelere bağlı olarak “Sağlık Yüksek Okulları” kurulması kararlaştırılmış ve karar 2 Kasım 1996 tarih 22805 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu doğrultuda 1997 1998 eğitim ve öğretim yılında “Sağlık Yüksekokulları” kurularak bu okullar bünyesinde “EBELİK LİSANS EĞİTİMİNE” başlanmıştır.
- Devlet Planlama Teşkilatının verilerine göre Türkiye’de yaklaşık 40 bin ebe çalışmaktadır. Bunların 38 bini Sağlık Bakanlığı, diğerleri SSK ve özel sağlık kurumları bünyesindedir.

- Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışanların 25 bini sağlık ocağı ve sağlık evlerinde(Temel Sağlık Hizmetleri) istihdam edilmektedir.
- Doğu Bölgemizde bir ebeye ortalama 2681 nüfus düşmektedir.
- Halen üç farklı eğitim düzeyinden mezun olarak sahada hizmet verenlerin hepsine “ebe” ünvanı verilmektedir.Eğitim düzeylerine göre ebelerin görev, rol ve sorumluluklarını tanımlayacak bir yasaları mevcut değildir.

TÜRKİYE'DEKİ EBELİK İLE İLGİLİ YASAL DURUM

T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 2001 tarihli “Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge” sinin 130. maddesinde Ülkemiz için Ebelerin görevleri aşağıdaki şekilde ifade edilmektedir.

Madde 130- Ebelerin görevleri şunlardır:

- Hizmeti götürecek bölge ve toplumu tanımak,
- Bölgenin sağlık ölçütlerini değerlendirmek ve buna göre sorunları ve öncelikleri saptamak,
- Evlilik öncesi ve evlilikte aile planlaması hizmetleri ile ilgili danışmanlık hizmetlerini yürütmek, gerekli uygulamaları yapmak, sertifikası varsa RİA uygulamak,
- 15-49 yaş evli kadınları saptayıp mevzuatta öngörülen aralıklarla izlemeyi yapmak,
- Doğum öncesi bakım ve izlemi yapmak, gebelik tanısını koymak, takibini yapmak, riskli gebelikleri erken dönemde tespit etmek ve gerekli birimlere sevk etmek,
- Doğum sırasında gerekli bakım ve izlemi yapmak; doğumu uygun şekilde yaptırmak, gerekiyorsa epizyotomi yapmak, riskli durumları değerlendirmek ve sevkine karar vermek,
- Doğum sonrası bakım ve izlemi yapmak,
- 0-6 yaş grubu çocukların bakım ve izlemeyi yapmak,
- Bulaşıcı hastalık kontrol programında görev almak,
- İshal ve ishali hastalıklar konusunda risk altındaki grupları saptayarak gerekenleri yapmak,
- Beslenme bozukluğuna bağlı hastalıkları ve etkileyen faktörleri bilmek ve gerekenleri yapmak,
- Yaşlı sağlığı hizmetlerine katılmak,
- Bireysel ve grup eğitimlerine katılmak,
- Ev ziyaretleri yaparak gebe ve bebekleri tespit etmek, düzenli aralıklarla ziyaret etmek ve izlemek,
- Gebe, bebek ve çocuklara ait kayıt formları (Form 001, Form 004, Form 005, Form 006, Form 012A, Form 012B) eksiksiz doldurmak,
- Bağışıklama hizmetlerinde görev almak,
- Tıbbi alet, malzeme ve cihazların hizmete hazır bulundurulması, usulüne uygun kullanılması ve korunmasını takip ve kontrol etmek,

- Enjeksiyon ve pansuman hizmetlerini yürütmek,
- Planlanan mesai sonrası çalışmalara katılmak,
- Toplum kalkınması hizmetlerinde görev almak,
- Görevi ile ilgili kayıt ve formları tutmak,
- Nüfus tespiti çalışmalarında görev almak,
- Halk eğitimi materyalleri ihtiyacını belirlemek, temin edilmesini ve kullanılmasını sağlamak,
- Sağlık evlerinde çalışan ebeler için) Sağlık evi binasının korunmasını ve bakımını sağlamak,
- Hizmet ile ilgili verilen diğer görevleri yapmak.

Ülkemizde ebeler Avrupa Birliği yönergelerinde belirtilen mesleki faaliyetler ile birlikte 14. 04. 1928 tarih ve 863 sayılı resmi gazetede yayınlanan 1219 sayılı “Tebabet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun “ 47- 57. arasındaki maddeleri de ebelerle ilgilidir.

Tebabet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunu'nda Üçüncü Fasıldaki Ebelerin Görevleri Şunlardır:

Üçüncü Fasl (Ebeler)

Madde 47 - Türkiye dahilinde ebeler sanatını icra için Türk olmak ve Tıp Fakültesi Kabile Mektebinden veya Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaleti tarafından küşat ve idare edilen ebe mekteplerinden bir şahadetname sahibi bulunmak ve bu şahadetname mezkur Vekaletce tasdik ve tescil edilmiş olmak lazımdır.

Madde 48 - Şahadetnameli ebe bulunmayan yerlerde ihtisas vesikasına malik fenni velade mütehassıslarının müstahdem bulunduğu bir hastanede üç ay müddetle ameliyat görerek ebelerlik vesikası alan ve bu vesikalarını Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaletine tasdik ettiren ebelerin etibbayı resmîyenin nezaretleri altında icrayı sanat etmelerine müsaade olunur. Ameliyat gördükleri müddetce bunların ibate ve iaşeleri hastane idarelerince temin olunur.

Madde 49 - İcrayı sanat eden şahadetnameli ebeler adedi ihtiyaca kafi olan mahallerde "48" inci maddede gösterilen ebeler icrayı sanat edemezler. İhtiyaca kafi şahadetnameli ebe bulunmayan yerlerde ruhsatlı ebelerin icrayı sanatta devam etmelerine mahalli sıhhiye müdürlerinin gösterecekleri lüzum üzerine Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekaletince müsaade olunur.

Madde 50 -Bir mahalde icrayı sanat etmek isteyen ebeler azami bir hafta zarfında isim ve hüviyetlerini, şahadetname, vesika tarih ve numarasını ve icrayı sanat edecekleri mevkii mübeyyin bir ihbarnameyi bulunduğu mahallin en büyük sıhhiye memuruna vermeğe ve ikametgahın tebdili veya diğer bir mahalle nakli halinde de en az yirmi dört saat evvel nakli keyfiyeti ihbar etmeğe mecburdur.

Madde 51 - Ebeler gebelerin muayenesiyle bunların hıfzıssıhhatlerine mütaallik tedabirin ifasına ve doğumun teşhiline ve bu esnada yapılacak basit manevraların ve çocuk için lazım gelen ilk tedbirlerin ifasına salahiyettar iseler de her nevi alet ve saire tatbik etmeleri memnu ve sureti avarizi velade vekayinde behemahal bir tabip davetine mecburdurlar. Her ebe Sıhhiye ve Muaveneti İctimaiye Vekaletince tayin olunacak levazım ve edviyeyi doğum vekayinde beraberinde bulunduracaktır. Ebeler çiçek aşısı tatbik edebilirler.

Madde 52 - Ebelerin reçete yazmaları memnudur. İcrayı sanatları için lazım gelen ve reçete ile alınması mecburi olan mevaddi resmi etibbanın reçetesiyle eczanelerden tedarik ederler. Etibbayı resmiye bu yolda vaki olan müracaatları sürat ve suhuletle ifaya mecburdurlar.

Madde 53 - Ecnebi memleketlerinde ve mahalli hükümetlerince müsaddak ebe mekteplerinde tahsil görerek şahadetname almış olan Türk ebelerin alelusul hüviyetleri tesbit ve şahadetnameleri Sıhhiye ve Muaveneti İctimaiye Vekaletince tasdik ve tescil edildikten sonra icrayı sanatlarına müsaade olunur.

Madde 54 - Şahadetname veya vesikası olmadığı halde ebeliği sanat ittihaz edenler bir haftadan üç aya kadar hafif hapis veya beş liradan elli liraya kadar hafif cezayı nakdi ile cezalandırılır. Bu suretle icrayı sanat neticesinde Türk Ceza Kanunu itibarıyla daha ağır cezayı müstelzim bir fiil işlenmiş olduğu takdirde o fiile mahsus ceza verilir.

Madde 55 - Bu kanunun "47, 49, 50, 53" üncü maddelerindeki şeraiti ifa etmemiş olan veya muvakkaten menedilmiş oldukları halde icrayı sanat eden ebeler beş liradan elli liraya kadar hafif cezayı nakdiye mahkum edilirler.

Madde 56 - Elli birinci maddede zikredilen icrayı sanat hududunu tecavüz eden veya "51, 52" nci maddeler ahkâmına riayet etmiyen ebeler beş liradan elli liraya kadar hafif cezayı nakdi ile cezalandırılır.

Madde 57 - Ağır hapis veya beş seneden fazla hapis veya meslek ve sanatın suiistimali suretiyle işlenmiş bir fiilden dolayı iki defa mahkemece meslek ve sanatın tatili cezasıyla mahkum olan veya aleni ahval ve harekati iffetşikenanesiyle efkarı nası rencide eden ve meslek haysiyetiyle gayri kabili telif vazı ve tavırları görülen veya icrayı sanata mani ve gayrikabili şifa bir marazi akli ile malûliyeti bilmuayene anlaşılan ebeler Sıhhiye ve Muaveneti İctimaiye Vekaletinin teklifi ve Ali Divanı Haysiyetin kararıyla icrayı sanattan menolunur ve şahadetname veya vesikası geri alınır.

13. 01. 1983 tarih ve 1927 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan "Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği"nin 133. maddesi uyarınca ebeler ek faaliyetlerde bulunabilmektedir.

Ebelerin Görev ve Yetkileri:

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin 133. Maddesine Göre Ebelerin Görevleri Şunlardır:

MADDE: 133 - Ebeler, sağlık meslek okulu mezunu, doğum ve doğum kontrolü ile ilgili kendisine düşen görevleri yapabilecek yeteneklere sahip, gerekli kursları görmüş yardımcı sağlık personelidir. Kurumun yatak adedi azaltılmamak kaydıyla isteyen ebeler gerek görüldüğü takdirde baştabib izniyle kendilerine ayrılan yerlerde topluca kalabilirler. Bu takdirde kahvaltı, öğle ve akşam yemekleri kurumca sağlanır. Baştabib tarafından doğum odalarındaki ebelerden bir tanesi doğum bölümünün sorumlu ebesi olarak görevlendirilir. Servis sorumlu hemşirelerinin görev ve yetkilerini haizdir. Kurumlarda doğum işleriyle vazifelenendirilmiş ebeler, müracaat eden kadınların fenni olarak doğuma hazırlanmaları için yetkileri dahilinde her türlü tedbirleri alır ve hazırlıkları yaparlar. Meslek ve sanatlarının gerektirdiği şekilde ana ve çocuğu muayene ederler. Özellikle çocuk kalp seslerini yakından izler, müşahadelerine yazarlar. Gerekli gördükleri hallerde her türlü genital muayeneleri de yaparlar, müşahadelerini bir not halinde de yazarak tespit ederler ve doğumun seyrini dikkatle ve sürekli bir şekilde izlerler. Normal doğumları kendileri yaparlar. Doğum güçlükleri veya arızaları mevcut olan veya durumunu kesin olarak tesbit edemedikleri vakaları uzman tabibe derhal haber verirler.

a) Doğan çocukların cinsiyetini, boy ölçüsünü, kafa çaplarını, göğüs çevresini, beden ağırlığını, yapısında mevcut bütün arızaları ve anormallikleri, kalıtsal belirtileri, plasanta ve kordonun niteliklerini tespit ve kaydederler.

b) İkiz veya daha fazla sayıda doğan çocukların doğum sıralarını, ne kadar ara ile doğduklarını, ölü doğanların; doğumdan sonra bir müddet daha teneffüs edip etmediklerini dikkat ve titizlikle tetkik ve kaydederler.

c) Doğan çocukların birbirlerine karıştırılmamasına son derece dikkat ederler ve bu amaçla her doğan çocuğun bileğine anasının ad ve soyadını, cinsiyetini doğum tarih ve saatini belirten bir kart bağlamak zorundadırlar. Bu etiket çocuk hastaneden çıkıncaya kadar bileğinde bırakılır. Ayrıca bu hususta kurum İdaresince konulmuş usuller varsa onları da uygularlar.

d) Doğan çocukların göbeğinin fenni usullere uygun olarak kesilip bağlanması ve sarılması, çocuklar için tedbirlerin alınması ebelerin görevidir.

e) Doğum odalarının doğum ve müdahaleler için gerekli alet ve malzemenin her zaman temiz ve kullanmaya elverişli bir şekilde bulundurulmasını sağlarlar.

f) Ebe ve ebe hemşireler, bu asli görevleri yanında hemşirelerin gördükleri hizmetleri de görmek ve kurumlarda onların uymak zorunda bulunduğu hükümlere uymakla yükümlüdürler.

g) Bu görevleri dışında aile planlaması kursu görmüşlerse ailelere doğum kontrolü ile ilgili her türlü bilgiyi vermekle yükümlüdürler.

224 SAYILI SAĞLIK HİZMETLERİNİN SOSYALLEŞTİRİLMESİ HAKKINDA KANUN

1) Yasanın temel ilkeleri

Tam adı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun olan 224 sayılı yasanın temel ilkelerini finansman ve örgütlenmeyle ilgili olarak iki başlık altında değerlendirmek uygun olur.

A) Finansmanla ilgili ilke:

Karma finansman modeli: Yasaya göre finansman vatandaşların ödedikleri prim, kamu kurumlarının bütçeleri ve hastaların hizmeti kullanım anında yapacakları cepten ödemelerle sağlanacaktır (Madde 2). Sosyalleştirilmiş bölgelerde, hastanın ücretini ödemek koşuluyla istenilen sağlık personeli ve kurumunu seçme hakkı vardır (Madde 5). Sosyalleştirme kapsamında çalışmayan sağlık personeli mesleklerini serbest olarak icra edebilecektir (Madde 4). Bağlı oldukları sağlık ocaklarına başvuranlar, bu kurumca sunulan her tür sağlık hizmetinden parasız yararlanacaktır (Madde 14).

B) Örgütlenmeyle ilgili ilkeler:

a) **Tam gün uygulaması:** Sosyalleştirilmiş bölge veya kurumlarda çalışan kamu sağlık personeli tam gün çalışacak ve serbest meslek icra edemeyecektir (Madde 3).

b) **Basamaklı hizmet ve sevk sistemi:** Sağlık sistemi en uçtan merkeze doğru sağlık evleri, sağlık ocakları ve hastaneler olmak üzere yapılandırılır. Hizmetten yararlanacaklar öncelikle bağlı oldukları sağlık evi veya sağlık ocağına başvururlar ve tıbbi bakımdan gerek görülmedikçe hastaneye sevk edilmezler (Madde 13). Bu sistem içinde sağlık ocakları birinci basamak, hastaneler ise yeterlilik düzeylerine göre ikinci ve üçüncü basamak kurumlar olarak tanımlanırlar.

c) **Entegre hizmet:** Sağlık ocakları ve sağlık evleri her tür koruyucu sağlık hizmeti ile tedavi edici hizmetleri entegre olarak sunarlar (Madde 10).

d) **Nüfusa orantılı hizmet:** 5000-10000 kişilik köyler grubu veya bir kasaba veya şehir ve büyük kasabalardaki mahalle grupları bir sağlık ocağını oluşturur (Madde 2). Böylece sosyalleştirme dar ve belirlenmiş bir alanda geniş kapsamlı (entegre) hizmet sunumu ilkesine dayanır. Bu modele göre Türkiye'de yaşayan herkesin bir sağlık ocağı ve hekimi vardır. Herkes kendi sağlık ocağına başvurduğunda koruyucu ve o kurumda sunulabilen tedavi edici hizmetlerden parasız yararlanma hakkına sahiptir.

e) **Ekip hizmeti:** Yukarıda tanımlanan entegre hizmet (hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, tıbbi sekreter, şoför, hizmetliden oluşan) bir ekip tarafından üretilir (Madde 10).

f) **Sürekli eğitim:** Hastaneler tedavi edici hizmetlerin yanı sıra kendilerine verilen koruyucu ve sosyal sağlık hizmetlerini gerçekleştirmek ve sağlık ocaklarındaki personelin mesleki gelişimine yardımcı olmak zorundadırlar (Madde 12).

g) **Alt yapı temini:** Bir bölgede sağlık hizmetlerinin en iyi şekilde yürütülmesi için gereken tesisler, lojmanlar, malzeme, araçlar ve personel temin edilmedikçe o bölgede sosyalleştirme uygulanamaz (Madde 17).

h) **Planlama ve değerlendirme üst kurulları:** Sosyalleştirmeyi planlamak ve Sağlık Bakanlığı'nın diğer birimleri ile işbirliğini sağlamak açısından Sosyalleştirme Özel Dairesi kurulur (Madde 21). Sosyalleştirmeyi değerlendirmek ve halk ve çeşitli kurumlar arasındaki işbirliğini sağlamak için bir Genel Kurul oluşturulur. Bu kurula üniversitelerden, Devlet Planlama Teşkilatı'ndan, İşçi Sigortaları Kurumu'ndan, Türk Tabipleri Birliği'nden, Türk Eczacıları Birliği'nden, Türk Veteriner Hekimler Birliği'nden temsilciler katılır. Kurul olağan olarak yılda bir kez toplanır ve çeşitli danışma kurulları da oluşturabilir (Madde 22).

ı) **Toplum katılımı:** Toplumun hizmetin planlama, üretim ve denetimine katılımını sağlamak için sağlık merkezlerinde ve illerde sağlık kurulları oluşturulur (Madde 23).

i) **Sözleşmeli personel istihdamı:** Sosyalleştirilmiş bölge ve kurumlardaki personel sözleşme ile istihdam edilir. Sözleşme ile verilecek ücret miktarı bu meslek mensuplarının genel serbest kazanç düzeyleri, hizmet süreleri, mesleki konumları, görevlerinin ağırlığı, mahrumiyet koşulları dikkate alınarak Sağlık Bakanlığı'nın teklifi ile Bakanlar Kurulu'nca saptanır (Madde 26).

j) **Sektörler arası işbirliği:** Yasa Sosyalleştirme Genel Kurulu ve İl Sağlık Kurulları'nda diğer sektörler ile işbirliği halinde çalışılmasını öngörmektedir (Madde 22).

2) Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkındaki yasanın hazırlanması

224 sayılı yasa 27 Mayıs 1960 yılında kabul edilerek yürürlüğe girmiştir. 5 Ocak 1961 tarihinde kabul edilmiş ve 12 Ocak 1961 tarihinde resmi gazetede yayımlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Dr. Nusret Fişek tarafından hazırlanmıştır. Dönemin Sağlık Bakanı Dr. Ragıp Üner'dir. Dr. Nusret Fişek yasa taslağının yazımında İngiltere ve İsveç sağlık sistemlerinden önemli derecede etkilenmiştir. İlk taslakta Sosyalleştirme şeklinde olan yasanın adı sonuçta Sosyalleştirme, Sağlık Ünitesi olan birinci basamak sağlık kurumunun adı Sağlık Ocağı olarak değiştirilmiştir.

Yasa tasarısı 1961'de kabul edildikten sonra, sosyalleştirme harcamaları ilk kez 1962 yılı bütçesine girmiştir. Uygulama planının orijinalinde Sosyalleştirme'nin Edirne, Çankırı ve Muş'ta aynı anda uygulamaya konulması düşüncesi varken, bütçe tartışmalarında gündeme getirilen "olanakların kısıtlılığı" gerekçesi nedeniyle, gerekenin üçte biri kadar bir parayla 1963'te yalnızca Muş'ta başlatılabilmektedir. İzleyen yıllarda da aynı bölgedeki diğer illere yaygınlaştırılmıştır.

3) Yasayla ilişkili olarak çıkarılan diğer mevzuatlar;

224 sayılı yasanın öngördüğü sistem ve uygulamayı ayrıntılandırmak amacıyla, sonraki yıllarda bir dizi başka hukuki metin de yayınlanmıştır. Hizmetin ne şekilde yürütüleceğini, personelin ve sağlık kurumlarının görevlerini

anlamak, sistemi denetleyebilmek açısından bu mevzuatın da iyi bir şekilde bilinmesi ve uygulanması gerekir. Bunların önemlileri aşağıda sıralanmıştır:

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmiş olduğu bölgelerde sözleşme ile çalıştırılacak sağlık personeline verilecek ücret ve tazminat ile bu personelin çalışma şeklini gösterir yönetmelik (1963)

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde hizmetin yürütülmesi hakkında yönetmelik (1964)

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde sağlık ocakları iase yönetmeliği (1968)

Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin sağlık kurulları yönetmeliği (1969)

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği il ve bölgelerde sağlık ocağı ve sağlık evi lojmanlarına uygulanacak kira yönetmeliği (1972)

Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölgelerde hizmetin yürütülmesi hakkında yönerge (154 sayılı yönerge)

4) Yasanın temel ilkeleri sağlık örgütlenmesiyle ilişkili uluslararası düzenleme ve görüşlerle uyumu

224 sayılı yasanın uluslar arası düzeyde halk sağlığı politikalarını belirleyen üç belgeyle uyumlu olduğu söylenebilir. Bunlar 1978 yılında yayınlanan ve Temel Sağlık Hizmetleri anlayışının formüle edildiği Alma Ata Bildirgesi, 1984 yılında Avrupa Bölgesi için belirlenen 2000 Yılı Herkes İçin Sağlık Hedefleri ve 1998 yılında oluşturulan Sağlık 21 Hedefleri'dir.

Alma Ata bildirgesinin 4. Önerisine göre sağlık ile uzak yakın ilgisi olan sektörlerin katkıları tam olarak sağlanmalıdır. 5. Öneriye göre ülkenin sağlık hizmetleri en çok görülen sağlık sorunlarına yönelik örgütlenmelidir. 6. Öneriye göre sağlık hizmetleri yerel düzeyde, geniş kapsamlı ve entegre biçimde olarak örgütlenmelidir. 9. Öneriye göre devletin etkin bir temel sağlık hizmeti kurup işletmesi çeşitli meslek gruplarını içeren bir ekibin kurulmasına bağlıdır. 10. Öneriye göre hükümetlerin özellikle hekim, ebe ve hemşirelerin topluma hizmet edecek şekilde, toplumsal ve teknik yönden eğitilmesini sağlama ve çalışmalarını denetleme görevi vardır. 11. Öneriye göre hizmeti sunanların görevlerini özendirici kılmak ve hizmete bağlılığını sağlamak gerekir. Bunun için de özendirici önlemler yerel koşullara uygun olmalı ve sürekli bir eğitimi sağlamak amacıyla daha iyi çalışma ve yaşama koşullarına dönüşecek sistemler oluşturulmalıdır. 13. Öneriye göre temel sağlık hizmetlerinden başarı elde edebilmek için sağlık hizmetinin tüm kademelerinde, her an ve yeterli malzeme ve gereçlerin sağlanması gerekir.

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Herkes İçin Sağlık Hedefleri'nin 26.sına göre ülkeler temel sağlık hizmetlerine dayalı olan, ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerle desteklenen basamaklı bir sağlık sistemi kurmalıdırlar. 29. Hedefe göre temel sağlık hizmetleri sistemleri ekip çalışmasına dayanmalıdır. Sağlık hizmetleri toplum katılım ve işbirliğini sağlayacak şekilde formüle edilmelidir. 36. Hedefe göre personelin planlama, eğitim ve kullanımı temel sağlık bakımına yönelik olmalıdır.

Sağlık 21 Hedefleri'nin 14.süne göre 2020 yılına kadar bütün sektörler sağlıkla ilgili sorumluluklarını belirleyip, üstlenmelidir. Bunun için de sektörler arasında işbirliği sağlanmalıdır. 15. Hedefe göre 2010 yılına kadar üye ülkeler ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleriyle bütünleşen kapsamlı bir temel sağlık hizmetleri sistemi kurmuş olmalıdır. Temel sağlık hizmetleri sistemi çeşitli sektörlerden gelen değişik meslek sahiplerinden oluşan bir ekibe dayanmalıdır. 17. Hedefe göre üye ülkeler eşitlik, dayanışma, etkinlik ilkelerine dayalı sürdürülebilir bir finansman mekanizması kurmalıdırlar.

Finansman sistemi evrensel düzeyde kapsayıcı ve dayanışmacı olmalıdır. 18. Hedefe göre üye ülkeler 2010 yılına kadar sağlık personeline sağlığı koruyup geliştirecek bilgi ve becerileri kazandırmalıdırlar. Eğitim sistemleri buna göre düzenlenmelidir.

Tıp ve diğer sağlık personelinin (ebe, hemşire, vd.) eğitimi sosyalleştirmenin gereksindiği insangücünü yetiştirebilecek şekilde düzenlenememiştir.

Sosyalleştirme uygulaması için gereken alt yapı yatırımları hiç bir zaman gereken şekilde gerçekleştirilmemiştir. Sonuç olarak pek çok il yeterli sayıda sağlık ocağı, sağlık ocakları da lojmanı, personeli ve teknik donanımı olmadan sosyalleştirilmiştir.

Sevk sisteminin uygulanmaması sağlık ocaklarının, halkın gözünde ilaç yazılan, ikinci sınıf kurumlar olarak algılanmasına, hastanelerde yığılmalara ve bir bütün olarak sağlık sisteminin etkinliğinin düşmesine neden olmuştur.

Yasada her 5000-10000 kişiye bir sağlık ocağı açılır denilmesine rağmen, yeterli sayıda sağlık ocağı hizmete sokulamamıştır. Sosyalleştirmenin içindeki örgütlenme ilkeleri uluslararası düzeyde halen geçerlidir. Bu ilkeler olmaksızın sağlık sistemini başka türlü örgütlemek olanağı yoktur.

Yeterli sayıda sağlık ocağı ve sağlık evi yoktur. Bu durum birinci basamak ve koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli sorunlar yaratmaktadır.

Birinci basamak sağlık kurumlarındaki eksiklik bakımından özellikle üç büyük ilde sorun yaşanmaktadır. Bu illerde bir sağlık ocağına bağlı nüfusun ortalama büyüklüğü yasada belirtilen sınırın çok üzerindedir. Personel dağılımında, bütün zorunlu hizmet uygulamalarına karşın, bölgeler arasında eşitlik sağlanamamıştır. Bu açıdan sorunlu olan bölgeler ise Doğu illeridir.

Sevk sistemi hala istenen düzeyde uygulanamamaktadır. Personelin sürekli eğitimine (hizmet içi eğitim) ilişkin sorunlar hala devam etmektedir.

Sosyalleştirme Yasası;

Yasanın temel prensipleri ;

- sağlık ocaklarında parasız hizmet,
- entegre hizmet,
- ekip hizmeti (hekim, ebe, hemşire ve diğer sağlık personeli),
- nüfusa orantılı hizmet,
- koruyucu sağlık hizmetine öncelik ve önem,
- gezici hizmet,
- personelin sürekli eğitimi,
- toplum katılımı,
- sevk sistemi

Sosyalleştirme yasının örgütlenmeye ilişkin hedefleri, sağlık hizmetlerinin giderek devlet ve kamu denetiminden çıkarıldığı ülkemizde, herkesin sağlık hakkını eşit şekilde gerçekleştirmek açısından eksik, fakat vazgeçilmez koşullardır. Bir hedef olarak bütün hizmetlerin kamu eliyle, parasız sunulması gerektiği vurgulanmalı, hizmetten yararlananların sağlık sisteminin her düzeyinde sınırsız katılımı istenmelidir.

İyi Bir Ebelik Hizmetiyle ;

- Ebeler yoksulluğu azaltma, hastalıkları tedavi etme, savaşları bitirme veya evsizlere ev bulmayı tek başına yapamazlar. Ancak kendi görevleri içinde yapabilecekleri çok şey vardır.İyi bir ebelik bakımıyla ailenin iyilik haline zarar veren hastalığın ve yoksulluğun etkilerini azaltmaya yardım edebilirler.

- Ebeler, kadınların ve ailelerinin doğum öncesi bakımın önemini anlamalarına yardım ederler. Sonuçta maliyet ve risk azalır.
- Ebeler, kadınların doğum sürecinin normal bir olay olduğunu anlamalarını sağlar. Böylece ilaçlara olan gereksinim azalır.
- Ebeler, kadınların iletişim yeteneklerinin gelişmesi için onlara destek olurlar. Bundan dolayı kadınların özsaygılarının ve aile ilişkilerinin gelişmesine yardım ederler. Ailenin ruhsal gelişimine büyük katkı koyarlar.
- Ebeler, kadınların bebeklerini emzirmeleri için anneleri desteklerler. Sonuçta yenidoğan hastalıkları azalır, ailenin güveni artar ve maliyet azalır.
- Ebelik yeteneğini kullanmak, yoksulluk zincirini kırar ve ebelik bakımının önemini ortaya çıkarır. Bütün mesleklerde olduğu gibi ebelik mesleğinde de önemli olan, sevgi, bilgi, sabır, inanç, dürüstlük, alçak gönüllülük, umut ve cesarettir. Ülkedeki “Ulusal Sağlık Politika” ları ile ebelik hizmetinin desteklenmesi ve cesaretlendirilmesi, ülkenin ana çocuk sağlığının gelişimi açısından çok büyük önem kazanmaktadır. “Sağlığın doğuştan gelen bir hak olduğu inancı” ile ebeler, her durumda kadınlara ve ailelerine hiç bir ayırım gözetmeksizin bütüncül sağlık bakımı verirler.

Bu nedenledir ki “okulların sahanın yani ülkenin ihtiyacına yönelik” ebe yetiştirmeleri çok önem kazanmaktadır.

KAYNAKLAR

- 1- Eren N. (1985) Alma Ata Bildirgesi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetleri, HÜTF Halk sağlığı AD Yayınları, Ankara.
- 2- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, (tarihsiz) Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ile İlgili Kanun, Kararname, Yönetmelik ve Protokoller (1962-1972), Sosyalleştirme Dairesi Başkanlığı Yayını, Ankara.
- 3- Üner R., Fişek N. (1961) Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Uygulama Planı Üzerinde Çalışmalar, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayını, No: 256, Ankara.
- 4- WHO (1993) Health For All Targets: The Health Policy For Europe, Finland.
- 5- WHO (1999) Health 21: The Health For All Policy Framework For The WHO European Region, Denmark.

YARA BAKIMI

Wound Care

Dr. Nihan Güneri Doğan

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

ÖZET

Yara bakımı acil servislerde en sık uygulanan prosedürlerden biridir. Bununla birlikte yara bakımı basamaklarında net bir fikir birliği yoktur. Yara bakımında amaç; mümkün olan en iyi fonksiyonel ve kozmetik sonuç elde edilirken komplikasyonlardan kaçınmak olmalıdır. Bu nedenle de yara fizyolojisinin iyi bilinmesi, yaranın klinik değerlendirilmesinin iyi yapılması gerekmektedir. Gerek yara hazırlığı, gerekse de yaranın kapama tipi ve yara kapama da kullanılacak materyaller kişiye ve yaraya ait faktörlere göre en iyi sonuçların elde edilebilir olduğu yöntem olarak seçilmelidir. Bu amaçla pek çok değişik çeşit kapama tip ve materyal çeşidi mevcuttur.

Anahtar Kelimeler: Yara bakımı, yara tamiri, yara enfeksiyonu

ABSTRACT

Management of traumatic wound care is one of the most common procedure practiced in emergency departments. The goal in wound care is to get an ideal functional and cosmetic result without any complication. To achieve this goal, basic understanding of the wound physiology and proper evaluation of the wound are important. When deciding the materials used for wound preparation and repair or the method for repair, host and wound factors must be considered for the best results. Different methods and materials are used for wound care.

Keywords: Wound care, wound repair, wound infection

Travmatik yara bakımı acil servislerde en sık uygulanan prosedürlerden biridir(1). Bununla birlikte yara bakımı konusunda iyi düzenlenmiş, randomize, kontrollü klinik çalışmalar yetersizdir. Yaranın kapatılma zamanı, metodu, hazırlanışı ve antibiyotik kullanımı konusunda net bir fikir birliği yoktur.

Yara bakımında amaç; yaranın hızlı bir şekilde kapanmasının sağlanmasının yanı sıra enfeksiyon gelişiminin önlenmesi ve mümkün olan en iyi kozmetik sonucu elde etmek olmalıdır. Bu nedenle kişiye ve yaraya ait özellikler göz önünde tutularak uygulanacak prosedürler seçilmelidir.

Yara bakımında fonksiyonel ve kozmetik sonuçların elde edilebilmesi için klinisyenin yara fizyolojisi ve normal yara iyileşmesini etkileyen faktörleri bilmesi önemlidir.

Yara oluşumunda yara kenarlarında retraksiyon ve dokuda kontraksiyon olur. Takiben yara yüzeyinde trombositler agregre olarak pıhtılaşma kaskadını başlatır ve sonuçta hemostatik koagulum oluşur. Yara yerine lenfosit ve granulosit migrasyonu ile bakteriyel çoğalma kontrol altına alınarak enfeksiyon gelişmesi baskılanır. Yara iyileşmesinde 5. günde predominant hücre tipi makrofajlar olup erken fibroblast ve kollajen formasyonunda rol alırlar. İnflamatuar yanıt ilerledikçe epitelium hücreleri psödopod benzeri yapılar oluşturarak yara yüzeyinde hareket ederler.

Laserasyonun düzeltilmesinden sonra epitelizasyon 24-48 saat içinde gerçekleşir. Kollajen sentezi 5-7. günler arasında pik yapar. Sentez ve yıkım arasındaki dengeden dolayı 7-10. günler arasında yara ayrılmasına yakınlık vardır. Yaranın gerilme gücü ikinci haftada normalin %5'i, birinci ayda ise %35'i kadardır (2).

YARANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yara değerlendirilmesinde ilk yapılması gereken basamak ayrıntılı bir öykü ile yara iyileşmesini etkileyen faktörlerin belirlenmesidir. İleri yaş, DM, kronik böbrek yetmezliği, obezite, malnutrisyon, kalıtsal veya edinsel bağ dokusu hastalıklarında enfeksiyonun riskinin arttığı bilinmektedir (3). Ayrıca bazı ilaçların kullanılıyor olması da önemlidir. Örneğin kortikosteroid gibi immünsüpresif kullanımı yara iyileşmesini negatif olarak etkiler ve enfeksiyon riskini artırır (3).

Yaraya ait faktörler ve çevresel faktörler de yara iyileşmesini etkiler. Klinisyenin yaranın kesi ile mi yoksa künt travmayla mı olduğunu belirlemesi gerekir. Ezilme yaralanmalarında yara kenarlarının dolaşımının bozulması nedeniyle enfeksiyon riski artmıştır (4). Yara içinde yabancı cisim kalması inflamasyonu artırarak enfeksiyon ve abse formasyonuna neden olabilir. Kirli yara kontamine olmayabilir. Kontamine yaralar yaralanma zamanında yüksek oranda bakteriyel inokülasyon içerir (memeli veya insan ısırıkları, sualtı yaralanmaları, vb.). Ayrıca eski yaralar yaralanmadan 6-8 saat sonra yüksek bakteri oranı görülmesi nedeni ile kontamine kabul edilmelidir.

Yaralanma ve başvuru arasındaki süre de kapatma yöntemini etkileyebilir. Yaranın oluşması ve tamiri arasında geçen süre zarfında bakteriyel proliferasyonun zamana bağlı olarak arttığı varsayımından yola çıkılarak 'altın dönem' (golden period) kavramı ortaya atılmıştır. Temiz yaralar da dahil bütün yaralanmalarda bakteri ile temas olmaktadır (5,6). Bununla birlikte çoğu zaman bakteri sayısı enfeksiyöz inokülasyon sınırı olan 100 000'in altındadır (6). Genelde enfeksiyon gelişimi için 3-5 saatlik periyod gerekir (6), 8. saat sonrasında ise bakteri sayısı katlanarak artar.

Jamaika'da yapılan bir çalışmada kafa dışındaki basit yaralarda altın period 19 saat olarak öngörülmüştür. Bu süreden sonra suture edilen yaralarda iyileşmenin daha az olduğu belirtilmiştir. Kafa yaralarında ise yaralanma ve tamir arasındaki sürenin yara iyileşmesini etkilemediği bulunmuştur (7).

Bununla birlikte bazı klinisyenler yara temiz ve enfekte değilse zamanın önemli olmadığını düşünmektedirler (8). Her yaranın kendi içinde, potansiyel fonksiyonel ve kozmetik sonuçları etkileyen; yaralanma zamanı ve mekanizması, yaraya ve kişiye ait özelliklere göre değerlendirilmesi gerektiği bildirilmiştir.

Öyküde dikkat edilmesi gereken diğer bir nokta da ilaç alerjisi ve tetanoz immünizasyon durumudur. Aşılamayla birlikte tetanoz vakaları azalmış olmakla birlikte, çoğunlukla akut yaralanma gelişen ve yetersiz aşılama yapılan veya aşılama öyküsü bilinmeyen vakalarda olmak üzere tetanoz görülebilmektedir (9).

Eğer yetersiz aşılama varsa veya hiç aşılanmamışsa tetanoz immünglobulin (250 IU) ve tetanoz toksoid (0.5ml) yapılmalıdır. Düzenli tetanoz aşılama programı uygulandığında 10 yıl veya daha fazla süreyle koruyucu düzeyde antitoksoid sağlanır (10). Minör ve kontamine olmayan yaralarda her 10 yılda bir olmak üzere ek doz aşı yapılmalıdır. Diğer yaralarda ise 5 yıl içinde aşı yapılmamışsa ek doz aşı uygulanmalıdır. Çocuklarda 7 yaş altında tetanoz-difteri-boğmaca (0.5ml), 7 yaş ve üstünde ise tetanoz-difteri toksoid (0.5ml) tercih edilmelidir.

Tetanoz gelişimine yatkın yarası olan (tablo-1), aşılama durumu bilinmeyen veya 3 dozdan daha az aşılama yapılan vakalarda tetanoz Ig ve toksoid birlikte yapılmalıdır. Tetanoz :Ig pasif bağışıklık oluşturur. Eğer tetanoza yatkın yara değilse sadece aşı yeterlidir. Eğer Ig ve aşı yapılacaksa farklı enjektörler ile farklı yerlerden yapılmalıdır.

- Yaralanma üzerinden 6 saatten uzun süre geçen
- Avulsiyon, yanık, soğuk veya ezici yaralanmalar
- Derinliği 1 cm den fazla olan
- Enfeksiyon bulguları varlığı
- Ölü doku varlığı
- Kontaminan doku varlığı (tükrük, feçes, toprak, kir, vb)
- İskemik veya denerve doku varlığı

Yaranın değerlendirilmesindeki bir diğer önemli basamak da fizik muayenedir. Yaranın yeri ve uzunluğu, nörovasküler ve motor muayene bulguları, tendon ve eklem tutulumu olup olmadığı, yabancı cisim varlığı not edilmelidir.

Yapılan bir çalışmada travmatik yaralarda; yara kenarlarının pürüzlü olması, derinliğinin subkutan dokuyu geçmesi, yabancı cisim veya kontaminan varlığı gibi

durumlarda enfeksiyon riskinin arttığı bildirilmiştir (11).

Yara uyuşturulmadan önce ayrıntılı nörovasküler muayene yapılmalıdır. Duyu kaybı, motor fonksiyon kaybı, nabız varlığı veya kapiller doluş değerlendirilmelidir. Kırıktan şüpheleniliyorsa eklem tam hareket yaptırılmadan önce direkt grafi ile değerlendirilmelidir. Bütün yaralanmalar olası tendon yaralanması veya yabancı cisim varlığı açısından değerlendirilmelidir.

Yaralanmalarda kanamanın kontrolü için çeşitli metodlar vardır; direk bası uygulaması ile büyük oranda kanama kontrolü sağlanır. Eğer yara ekstremitede ise ve dışardan bası ile kanama kontrol edilememişse sfingomanometre kanamanın proksimalinde hastanın sistolik kan basıncından daha yüksek değerlere şişirilerek kanama kontrolünde kullanılabilir. Bu şekilde damar ve sinirlere zarar vermeden sfingomanometre 2 saat kalabilir. Parmaklarda uygulanan turnikelerde ise en fazla 20-30 dakika tutulmalıdır.

Eklem ve tendonların pozisyonları yaralanma ve muayene sırasında farklı olabilir, bu nedenle kanama kontrolünden sonra yaranın derinliği ekstremitede tam olarak hareket ettirilip değerlendirilmelidir. Tendon %90 oranında lasere olsa bile fonksiyon görebileceği unutulmamalıdır. Tendon hasarı olanlarda parsiyel laserasyonun tam laserasyona dönüşmesine neden olabilecek dirence karşı motor testten kaçınılmalıdır.

Yabancı cisim varlığının belirlenmesi ve yaradan uzaklaştırılması önemlidir. Enfeksiyon riski dışında mekanik fonksiyon bozukluğu, kalıcı ağrıya neden olabilir veya yerinden oynayabilir. Mümkünse tüm yabancı cisimler çıkartılmalıdır. Doku veya kasta derinde yerleşen, yeri belirlenemeyen yabancı cisim varlığında işlemin risk ve faydaları göz önüne alınmalıdır.

Yara değerlendirilmesi sırasında dikkatli olunmalı ve yaraya daha fazla hasar vermekten kaçınılmalıdır. Yara kenarlarını tutmak için dişli olan forseps yerine dişsiz forseps kullanılmalıdır. Yine yara kenarlarını kaldırmak amacıyla cilt kancaları faydalıdır, eğer kanca yoksa bu amaçla 20G iğnenin ucu kıvrılarak kanca haline getirilebilir (12)

Çoğu yaralanmada ek tanısal işlem gerekmemektedir. Bununla birlikte eğer yara kas topluluğuna doğru ilerlemişse, yabancı cisim yaralanması ise(kırık cam vb.) radyografiden faydalanılabilir. Yabancı cisimlerin %80 ile %90'ı direk grafi ile gösterilebilirken (13,14), ağaç parçası ve bitkiler gibi organik yabancı cisimleri gösteremeyebilir. Bu durumlarda ultrasonografiden faydalanılır.

TERAPÖTİK MÜDAHALE ANESTEZİ

Yaranın düzgün bir şekilde değerlendirilmesi ve kapatılması iyi bir anesteziyle sağlanır. Topikal, direk yaraya uygulama veya bölgesel sinir bloğu uygulanan yöntemlerdir. Bazı durumlarda lokal anestezi yanında sedasyon da gerekebilir. Herne kadar topikal anestetik diğer anestetik enjeksiyonunun etkisini azaltsa da etkisinin başlaması için zamana ihtiyaç vardır. Bazı araştırmacılar %4'lük lidokain, 1/2000 epinefrin ve %0.5 tetracain içeren topikal anestetik triaj sırasında hemşire tarafından kolaylıkla uygulanabileceğini belirtmişlerdir (15). Bu şekilde başvuru ve yaranın onarımı arasındaki sürenin kısılacağı belirtilmiştir.

İki grup lokal anestetik mevcuttur; amidler ve esterler. Bu iki grup arasında çapraz alerji durumu yoktur. Çoğu alerjinin nedeni anestetiklerde kullanılan koruyucu maddelerdir. Anestetik madde verilirken maksimum güvenli doz akılda tutulmalıdır, bu maksimum doz solüsyona epinefrin katılmasıyla artmaktadır. Epinefrin kollateral dolaşımın olmadığı ve uç arteriyollerin olduğu; el ve ayak parmakları, burun ucu, kulak kepçesi ve peniste kullanılmamalıdır. Lokal uygulamaya bağlı ağrının azaltılması amacıyla subkutan enjeksiyon intakt deri kısmı yerine yaranın açık yerinden mümkün olan en küçük iğneyle yapılmalıdır (16,17). Anestetik uygulanması sırasındaki ağrıyı azaltmada kullanılabilecek diğer yöntemler olarak sodyumbikarbonat ile tamponlama, solüsyonun ılık kullanılması, yavaş uygulama ve öncesinde topikal anestetik uygulama sayılabilir (18-20).

Bölgesel anestezi laserasyon bölgesinin sinir iletimini engeller ve üç durumda lokal anesteziye tercih edilir; (1) yüksek doz toksik miktarda lokal anestezi gereken yaralarda, (2) lokal dokunun distorsiyonunun istenmediği (dudak, parmak vb) yaralarda, (3) lokal uygulamanın ağırlı olduğu yaralarda (ayağın plantar yüzü gibi).

Geniş yaralarda; özellikle de çocuklarda, prosedür sırasında sedasyon gerekebilir. Sedasyonda hedef bilinç düzeyinin baskılandığı ve patent hava yolunun olduğu durumu sağlamaktır.

İşlem sırasında stresi azaltmak için bazı oyalama metodları üzerinde durulmaktadır (müzik, video, çizgi film vb). Oyalama yöntemleri ile hissedilen ağrının şiddeti azaltılamamakla birlikte çocuğun dikkati stresli bir uyarandan daha memnun edici ve rahatlatıcı başka bir uyarana çekilmektedir.

YARANIN HAZIRLANMASI

Yara hazırlığı enfeksiyon oranını etkilediğinden yara bakımının önemli bir basamağıdır. Salin ile irrigasyon miktar ile orantılı olarak enfeksiyon oranlarını azaltır (12,21,22). İrrigasyon uygulama basıncı da etkinlikle önemlidir (23,24). Yüksek basınçlı irrigasyonda, yaradaki bakteri sayısının azalması ile dokuya daha fazla hasar verme olasılığı arasında bir

denge söz konusudur. Önerilen irrigasyon basıncı 5-8 psi'dir (23,25), bu da 30-60 ml'lik enjektör ve 19G iğne ile sağlanır. Diğer bir yöntem de salin torbasının 400 mmHg'ya kadar şişirilmiş manşon içine konarak uygulanmasıdır (26). İrrigasyon basıncını belirlerken yaranın yeri de göz önüne alınmalıdır. Ekstremitedeki bir yarada yüksek basınçlı irrigasyon gerekirken, vaskularizasyonu iyi olan ve gevşek bağ dokusu olan alanlarda gereksizdir. Göğüs duvarı laserasyonlarında yüksek basınç uygulaması hemo ve pnömotoraksa neden olabilir. İrrigasyonda diğer önemli noktalar da sıvının miktarı ve ısıdır. Değişik irrigasyon miktarlarının (250 cc, 500cc, 1000cc) karşılaştırıldığı bir çalışmada enfeksiyon oranı ve sıvı miktarı ters ilişkili olarak bulunmuştur (27). Basit bir kuralla laserasyonun her santimetresi için 50-100 ml sıvı kullanmak yeterlidir (28). Kontamine olmayan ve vaskularizasyonu iyi olan yüz gibi kısımlarda daha az irrigasyon yeterli olabilir. Hollander ve ark (29). temiz ve kontamine olmayan yüz ve skalp yaralanmalarında irrigasyonun enfeksiyon gelişimini etkilemediğini belirtmişlerdir. Ilık sıvı kullanılmasının oda sıcaklığındaki sıvıya göre daha iyi ve yatıştırıcı olduğu bildirilmiştir (30) (eğer salin yoksa irrigasyon için çeşme suyu kullanılabilir). Deterjan, hidrojenperoksit ve konsantre povidin iyot gibi maddeler dokuya toksik olduğundan bu maddeler irrigasyon amaçlı kullanılmamalıdır (23,26).

Debridman ölü dokunun enfeksiyon odağı oluşturduğu durumlarda uygulanmalıdır (23,31). Nekrotik doku reepitelizasyonu ve yara kontraksiyonunu engeller (32). Bu nedenle de ezilmiş ve ölü dokular debride edilmelidir.

Yara hazırlığı sırasında saç folliküllerinde yerleşen bakterilerden dolayı enfeksiyon olasılığı arttığından saçlar tıraş edilmemelidir (23,33). Maske veya bone kullanılmasının enfeksiyon oranını etkilemediği gösterilmiştir. Çok merkezli yapılan prospektif bir çalışmada steril veya non-steril eldiven kullanımında enfeksiyon oranları arasında fark olmadığı bulunmuştur. Bununla birlikte steril eldivenler ele daha iyi oturmakta ve dolayısıyla aletlerin ve sütürün daha iyi kontrol edilmesine olanak vermektedir.

YARAKAPAMA TİPLERİ

Üç tip yara kapama yöntemi vardır; primer, sekonder, gecikmiş. Primer kapama granülasyon dokusunun oluşmasından önce yapılır. İrrige edilemeyen delici yaralanmalar dışındaki bütün temiz yaralar primer kapatılabilir. Kontamine olan, görünümü kozmetik olmayan hayvan ısırıkları, abse kavileri ve geç başvuru yaralanmalarda irrigasyon ve kanama kontrolü yapıp debridman yapılmalıdır. Gecikmiş primer kapama hastanın bağışıklık sisteminin bakteriyel yükü azaltmasına olanak vermek amacıyla 3-5. günlerde yapılabilir. Yaradaki bakteriyel yük ilk temastan sonra yaklaşık 96. saatte en düşük miktara geriler. Sekonder kapama granülasyon dokusu ile iyileşmez. Bu tip kapama; kısmi avulsiyonlarda (parmak ucu yaralanmaları), kontamine küçük yaralarda ve enfekte yaralarda uygulanabilir.

YARAKAPAMA TEKNİKLERİ

Fonksiyon ve kozmetik arasındaki denge yara kapama tekniğinin seçiminde en önemli noktadır. Amaç en iyi fonksiyonu sağlamak ise laserasyon tek kat halinde ve mümkün olan en az sütürle kapatılmalıdır. Amaç iyi bir kozmetik sonuç elde etmek ise çoklu katman kapama uygundur (34). Farklı yönlerde multiple komponenti olan yaralarda en uygun yöntem, basit kesikli sütürdür. Bu tip sütür şişliğe bağlı gerilimi artmış yaralarda uygun değildir. Artmış gerilim etkisi altında olan yaralarda, örneğin eklem üzerindeki yaralarda; hemostatik olması, hareket ve şişliğe bağlı gerilimde yara kenarlarının kesilmesine neden olmaması nedeniyle tek kat horizontal matress sütür kullanılabilir.

Bazı laserasyonlar yara hazırlığı sırasında ek manipülasyonlar gerektirir. Aralığın çok açık olduğu yaralarda cilt gerilimini azaltmak amacıyla yaranın altı oyulabilir (undermining). Oyma işlemi dermis ve süperfisyel fasyanın derin bağlantılardan serbestleştirilip yara kenarlarının birbirine daha düşük güçle yaklaştırılmasına olanak verir.

Değişik konfigürasyon ve derinlikteki yaraların kapatılması için birden fazla tekniğin birlikte kullanılması gerekebilir.

YARAKAPAMADAKULLANILAN MATERYALLER SÜTÜR

Sütürle kapama kararı verildiyse absorbe olan veya olmayan materyal kullanımı ve iğne büyüklüğünün seçimi yapılmalıdır. Absorbe olabilen sütürler epidermisten derin olan yapıların kapatılmasında kullanılır. Sentetik olanları doğal olanlara göre daha az reaktif olup daha iyi gerilim gücü sağlarlar. Epidermis ise naylon veya polipropilen gibi absorbe olmayan sütürlerle kapatılır. Absorbe olmayan sütürler rölaf olarak reaktif değildirler ve gerilme gücünü 60 günden daha uzun süre koruyabilirler (23,34). İğnenin büyüklüğü yaranın yerine göre değişir. Tipik olarak epidermis; yüzde 6.0 ile, ekstremiteelerde ise 4.0 veya 5.0 sütür ile kapatılır. Derin kapama ise 4.0 veya 5.0 ile yapılır.

STAPLER(ZIMBA)

Staplerler lineer skalp, gövde ve ekstermite laserasyonlarında sütüre iyi bir alternatiftir (35). Stapler yerleştirilirken yara kenarlarının düzgün şekilde birleşmesi sağlanmalıdır. Stapler ve sütür uygulamasının karşılaştırıldığı çalışmalarda yara iyileşmesinin stapler grubunda daha hızlı olduğu (35-37), reaktivite ve enfeksiyon riskinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Tam düzgün bir kapama sağlanamaması ve çıkarılmasının daha ağırlı olması dezavantajdır (36).

DOKU YAPIŞTIRICISI

Siyanoakrilat yapıştırıcılar 1945'de epidermise topikal uygulama yolu ile yara kenarlarının birleştirilmesinde kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Rölaf olarak ağrısız

olmasına karşın dokuya uygulandığında gelişen kimyasal polimerizasyon reaksiyonuna bağlı ısı oluşması rahatsızlık verebilir (28). Sütüre göre daha ağrısız ve hızlıdır. Doku yapıştırıcıları 4 cm altındaki ve belirgin gerilim ve hareketin olmadığı lineer laserasyonlarda uygulanmalıdır (38). Yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada enfeksiyon oranı, yara ayrılması ve 3. aydaki kozmetik sonuç yönünden kabul edilebilir olduğu sonucuna varılmıştır (23,39). Atletlerde kullanıldığında atletlerin aktiviteye hızlı bir şekilde dönebildikleri, doku yapıştırıcısının gücünü ve dayanıklılığını koruduğu gösterilmiştir (40). Langer cilt çizgilerine paralel olan yaralanmalarda, bu çizgilere karşıt olan yaralanmalara göre daha iyi sonuç elde edildiği gösterilmiştir. Doku yapıştırıcısı ciltten uzaklaştırılırken yıkama, antibiyotikli merhem ve vazelin kullanılabilir. Daha çabuk sonuç elde edilmek istendiğinde aseton kullanılabilir.

ADHEZİVBANT

Adheziv bantların staplere eşdeğer kozmetik sonuçları olduğu ve stapler ve sütüre göre daha düşük risk taşıdığı bildirilmektedir (41). Değişik paternlerde uygulanabilir. Uygulama sonrası 10. günde yaranın gerilim gücünün sütürle kapatılanlara göre daha fazla veya eşit olduğu bulunmuştur (42).

YARABAKIMINDA DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN ÖZEL DURUMLAR SKALP

Kafa derisindeki yaralar muhtemel kafatası kırıkları yönünden incelenmelidir. Kapama yapılırken yara uçları hematoma oluşmasını engellemek amacıyla sütür veya stapler ile sıkıca yaklaştırılmalıdır. Çift stapler silahı tekniği iki stapler gerektiren pediatrik hastalarda faydalıdır. Bu sayede hasta daha az ağrı ve emosyonel stres yaşamış olur (43). Kafa derisindeki 3 ile 10 cm arasındaki kesiler kişinin kendi saçları ile de kapatılabilir. Bunun için saç teli en az 3cm olmalıdır. Yaranın heriki tarafından saç telleri bağlanarak yara kenarları yaklaştırılır. Bağlanan saç telleri üzerine doku yapıştırıcısı kullanılarak sabitlenebilir.

PİNNA

Pinna yaralanmalarında anestezi rejyonel blok yöntemi ile yapılır. Kapama sonrasında baskılı sargı uygulanarak cilt ve perikondrium arasında hematoma gelişmesi önlenmelidir. Bu bölgenin hematomu ağırlı olup kıkırdağın dolaşımını engelleyebilir. Baskılı sargı 24-48 saat süreyle uygulanır. Yaralar kıkırdağın etkilenip etkilenmediğinin belirlenmesi amacıyla dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir. Laserasyonlar cildin karşılıklı bir araya getirilmesi ile kapatılır. Eğer mümkünse sütür kıkırdaktan geçirilmemelidir. Cilt bir araya getirilemiyorsa konservatif debridman uygulanabilir. Kıkırdağın yapısını bozabileceğinden 5 mm'den fazla kıkırdak debride edilmemelidir (44).

KAŞ

Doku eksizyonundan kaçınılmalıdır. Debridman gerekiyorsa kıl folliküllerine paralel yapılmalıdır. Kaş çizgisi yara kenarlarının yaklaştırılmasında kılavuz olarak kullanılabilir.

GÖZ KAPAĞI

Göz kapağı kesilerinde göz küresine penetrasyon olup olmadığı incelenmelidir. Laserasyon tarsal tabakaya doğru ilerlemişse veya lakrimal aparatı içeriyorsa oftalmoloji konsültasyonu gereklidir. Eğer basit sütür yara kenarlarının inversiyonuna veya üst üste gelmesine neden oluyorsa horizontal matress sütür kullanılabilir.

DUDAK

Kapama yapılırken oral mukozadan başlanması tükürükle kontaminasyonu azaltır. Mukoza absorbe olabilen sütürle kapatıldıktan sonra irrigasyon yapılarak kontrol edilir. Daha sonra kas tabakası 4.0 veya 5.0 absorbe olabilen sütürle kapatılır. Dudağın dış kısmının kapatılmasında öncelikli olarak vermilion kısmına sütür atılmalıdır. Eğer vermilionun birkısmı eksikse dudak dokusu tam kat kama şeklinde çıkartılır. Bu teknikte düzensiz bir vermilion sınırı yerine intakt vermilionlu tek lineer bir skar oluşması sağlanır. Dudağın 1/3'ü çıkarılsa bile simetrideki bozulma kabul edilebilir boyutta tutulabilir (45). Vermilion sınırının yaklaştırılması önemli olduğundan reyonel anestezi (infraorbital veya mental sinir bloğu) düşünülmelidir.

AĞIZ İÇİ VE MÜKÖZ MEMBRANLAR

Bukkal mukozası ve gingiva laserasyonları genelde müdahale gerekmeden iyileşir. Fakat 2 cm üzerinde olanlar, doku kaybı olanlar veya kanamaya devam eden yaralar 4.0 veya 5.0 absorbe olabilen sütürle sıkıca kapatılmalıdır. Benzer şekilde dil laserasyonlarında da; kontrol edilemeyen kanama, havayolunu engelleyen doku kaybı durumunda kapama uygulanır. Dil sütürleri geniş ve derin yerleştirilmelidir ve sütürler gevşek bağlanmalıdır. Dilin her üç tabakası(inferior mukozası, kas tabakası, superior mukozası) tek dikişle veya yarı yarıya içerecek şekilde iki sütürle kapatılabilir. Eğer yara posterior farinks de kapsıyorsa lateral yumuşak doku grafisi ile yaranın yaygınlığı belirlenmelidir.

YÜZ

Yanak laserasyonlarında parotis bezi ve 7. kranial sinir hasarı riski vardır. Yara yerinden şeffaf sıvı gelmesi parotis bezi veya stensen kanalı hasarını düşündürür. Bu durumlarda konsültasyon istenir. Yüzdeki yaralarda radikal debridman yapılmamalıdır. Dolaşımın bu bölgede çok iyi olması nedeniyle küçük pediküller yoluyla bile dokular canlı kalabilir (45).

EKSTREMİTELER

Eklem üzerindeki laserasyonlarda eklem kapsülünün tutulup tutulmadığı belirlenmelidir. Eklem içine steril salin enjekte edilerek kapsül hasarı olup olmadığı belirlenebilir.

Saline metilen mavisi veya floresan (1 damlası 50 ml salin içine konur ve wood ışığında incelenir (46)) eklenerek ekstremitelerdeki yaralarda kesintili horizontal matress sütür kullanılmalı ve 1-2 hafta süreyle hareketsiz tutulmalıdır.

EL

Erişkinlerde 1 cm²'nin altında, çocuklarda ise orantılı olarak daha küçük alanlarda, kemik tutulumu minimal olan veya olmayan defektler konservatif olarak yapışmayan sargı ile kapatılabilir (47). Ayrıca 2 cm altındaki laserasyonlar sütüre edilmeden konservatif olarak tedavi edilebilir. Quinn ve ark. (48) 2 cm altındaki el laserasyonlarını incelemişler; random olarak sütür veya konservatif yöntemler uygulamışlardır. Her iki grup arasında 3. aydaki kozmetik sonuçlar arasında ve normal aktiviteye dönme zamanı arasında belirgin fark gözlenmemiştir.

Parmak ucu yaralanmalarında replantasyon veya amputasyon kararı verirken birçok faktör göz önünde tutulmalıdır. Japonya'da yapılan bir çalışmada replantasyonun daha iyi fonksiyonel sonuç, iyi görünüm ve hasta memnuniyeti sağladığı; amputasyonun ise güdükte ağrı potansiyelini artırması yanında daha kısa düzelleme süresi ve daha çabuk işe dönme gibi avantajları olduğu belirlenmiştir(49).

TIRNAK YATAĞI

Tırnak yatağı yaralanması çocuklarda parmak ucu yaralanmalarının %15 ile %24'ünde görülür (47). Steril matrice uzanan basit laserasyonlar 6.0 veya 7.0 absorbe olabilen sütürle onarılabilir (47). Tırnak plağı yerinden çıkmış ise germinal matrix ile proksimal tırnak katlantısı arasında yeterli boşluk oluşturabilmek için tekrar yerine yerleştirilmelidir. Tırnak yatağında küçük bir açıklık bırakılarak drenaja olanak verilir. Tırnak plağı 5.0 naylon sütür ile hiponisiyumdan geçerek veya horizontal matress sütür ile proksimal tırnak katlantısından geçerek sabitlenir. Tırnak plağı doku yapıştırıcısı (50,51) ve kloramfenikol (52) kullanılarak da yerleştirilebilir. Kloramfenikol ile uygulamada az miktarda merhem tırnak plağının alt kısmına sürülüp tırnak plağı eponisiyal katlantı üzerinde kaydırılarak pozisyonuna getirilir. Merhem tırnak plağı ve yatağı arasında yapıştırıcı etkisi gösterir. Tırnak plağının kendiliğinden gevşek hale gelmesi genelde iyileşmenin başladığını ve yeni tırnağın alttan gelişmeye başladığını gösterir.

Subungual hematomlarda tırnak yatağının çıkarılarak veya çıkarılmadan drenaj yapılması arasında sonuçlar yönünden fark bulunmamıştır.

ISIRIKLAR

Acil departmanlarda görülen travmatik yaralanmaların %5'i en sık köpek olmak üzere memeli ısırığıdır. Enfeksiyon riski kedi ısırığında en yüksek olup %29-%50 arasında bildirilmiştir (53). Chen ve ark. (54) primer kapama yapılmış memeli ısırığına bağlı yaralanmalarda enfeksiyon

riskini %6 olarak bildirmişlerdir. Bu oran kapamanın gerekli olduğu ve kozmetik sonuçların önemsendiği durumlarda kabul edilebilir görülmektedir. Ağızda en sık streptokok ve stafilokoklar mevcut olduğu için ısırıklarda gram pozitif bakterilere etkili antibiyotikler kullanılmalıdır.

ATEŞLİ SİLAH YARALANMASI

Yüksek hızla olan yaralanmalarda artan hasar sekonder olarak kinetik enerjinin yayılmasına bağlıdır. Bunun yanında kurşun üzerinde kıyafet veya kir olabilir. Kurşuna bağlı yaralar irrigasyon ve debridman sonrası geç primer kapama veya sekonder kapamaya kadar açık bırakılmalıdır.

YARA BAKIMINDA ANTİBİYOTİK KULLANIMI

Yara bakımında süregelen anlaşmazlıklardan biri de profilaktik antibiyotik kullanımıdır. Bu konuda yapılan çalışmalar enfeksiyon tanımı ve uygulanan protokoller yönünden farklılık göstermektedir. Burke (55) kontamine yaralarda profilaktik antibiyotik için efektif süreyi araştırmıştır. Bu süreyi bakteriyle temas ve yaraya müdahale arasında geçen 2-3 saatlik süre olarak tanımlamıştır.

Bazı çalışmalar basit laserasyonlarda profilaktik antibiyotik uygulamanının faydası olmadığını göstermiştir (4,23,56-58). Whittaker ve ark. (59) basit el yaralanmalarında enfeksiyon oranlarını plasebo grubunda %15, intravenöz flucloxacilin (dar spektrumlu beta laktam) verilen grupta %13 olarak bildirmişlerdir.

Ağız içi yaralarda mikroorganizma ile kontamine olduğu kabul edildiğinden profilaktik antibiyotik önerilmektedir. Ancak bu konuda klinik kanıt yoktur.

Klinik çalışmalarda elde edilen kanıtlar kırıklı el yaralanmalarında, ezilme yaralarında, hayvan ve insan ısırığına bağlı yaralanmalarda antibiyotik kullanımını desteklemektedir (59).

Köpek ısırığında enfeksiyon riskini azaltmada debridman profilaktik antibiyotikten daha etkilidir. Yapılan bir çalışmada debridman uygulanan grupta enfeksiyon oranı %2 iken, yapılmayan grupta %68 olarak bulunmuştur (60).

Sonuç olarak temiz yaralarda antibiyotik gerekli değildir. Genel olarak antibiyotik kontamine yaralarda veya yeterli şekilde debride edilemeyen olgularda önerilmektedir. Enfeksiyon gelişimine yatkınlık oluşturan DM gibi durumlarda da kullanılabilir. Her yara ayrı ayrı değerlendirilip hastaların takibi iyi bir şekilde yapılmalıdır.

KOZMETİK

Bütün yaralar skar dokusu ile iyileşmekle birlikte kişiye, yaraya ve tekniğe bağlı faktörler skar dokusunun görünümünü etkiler (61). Eşlik eden diğer durumlar; yaş, etnik köken, cilt tipi, ilaçlar ve herediter yatkınlık kişiye bağlı

faktörlerdir. Yaraya ait faktörler ise; yaranın natürü (elektif veya travmatik oluşu), yaranın yer ve oryantasyonu, dokunun vaskülarizasyonu, komşu yumuşak dokunun elastisitesi ve gerilimidir. Kapama sırasında dokunun tutulma şekli, debridmanı, kullanılan sütür ve metod tekniğe bağlı faktörlerdir. Dokunun sıkı şekilde tutulması veya ezici aletlerin kullanılması doku iskemisi ve nekrozuna yol açarak kötü skar gelişimine neden olabilir. Yara iyileşmesinde remodelling 3-12 ay devam etmektedir. Bu süre içerisinde skar dokusu genişleyebilir. Bu nedenle uzun dönem kozmetik sonuçlar ile kısa dönem sonuçlar örtüşmeyebilir (23). Hasta bazı kozmetik skorlama ile hekim bazı skoru etkileyen faktörler farklıdır. Lowe ve ark. (62) yaptıkları çalışmada yüz yaralanmalarında hastaların %33'ünde, tüm yaralanmalarda ise %17'sinde öncelikli faktörün kozmetik sonuç olduğu saptanmıştır.

TAMAMLAYICI BAKIM

Yaralar mümkünse 24-48 saat süreyle yapışmayacak bir örtü ile kapatılmalıdır. Bu süre epitelizasyonun oluşması ve kontaminasyonun önlenmesi için yeterlidir (25). Hematom gelişme riski olanlarda baskılı sargı kullanılmalıdır. Sargı 24-48 saat süreyle yerinde tutulmalı sonrasında koagulum oluşumunu en aza indirmek için yara günde 3-4 kez temizlenmelidir. Hastalar 6 ay süre ile güneş koruyucu krem kullanması konusunda (koruyucu faktör %15) uyarılmalıdır. Bu şekilde güneş ışığına maruziyete bağlı hiperpigmentasyon engellenmiş olur.

Doku yapıştırıcıları epitelizasyonla birlikte 5-10 gün içinde yerinden ayrılır. Sütür ve staplerler ortalama 7 gün içinde alınır. Yüzde 3-5 günde, eklem yerleri veya hareketli yerlerde 10-14 gün sonra alınır. Ayrıca eklem üzerindeki laserasyonlarda 10 gün süre ile eklem hareketsiz tutulmalıdır.

YARA BAKIMINDA UYGULANABİLECEK ALTERNATİF PROSEDÜRLER

NİTRİK OKSİT İLE ANESTEZİ

Bar-meir ve ark. (63) acil departmanlarda yüz laserasyonlarında plastik cerrahların nitrik oksit kullanımını araştırmışlardır. Bu ilaç etkisinin hızlı oluşu ve hızlı düzelme özelliği nedeniyle kısa süreli işlemlerde cazip hale gelmiştir. Analjezi anksiyoliz, amnezi ve öfori yaparken; minimal kardiyovasküler ve solunum etkisi vardır. Amerikan anesteziyolog topluluğu minimal sedasyon için %50 nitrik oksit ve O2 karışımını önermektedir. Bununla birlikte uygulanması için maske gerektiğinden kullanımını kısıtlamaktadır.

Araştırmacılar ilaç uygulanması için ağız açık bırakılarak nazal maske kullanmışlardır. Bulantı durumunda maske derhal kaldırılmalıdır. Maskeyle sadece burun üzerindeki yaralar kapatılır. Nazal laserasyonlar için önce gaz uygulanırken daha sonra hasta halen gazın etkisinde iken lokal anestetik verilmiştir. Ayrıca %50 nitrik oksit normal havayolu reflekslerini koruduğundan anestezi öncesi açlık gerekmemektedir. Yazarlar sonuçta acil departmanda nitrik oksitin güvenli şekilde kullanılabileceğini belirtmişlerdir (63).

BOTULİNUM TOKSİN

Bir grup araştırmacı yüz yaralarında botulinum toksin kullanımını araştırmışlardır. Çalışmada travmatik alın laserasyonu olan veya altında yer alan kitle eksizyonu yapılan 31 hasta değerlendirilmiştir. Hastalar random olarak ayrılmış; bir kısmına yaranın kapatılmasından 24 saat sonra yaklaşık 1-3 cm'lik alandaki kaslara botulinum toksin ve bir kısmına da plasebo enjeksiyonu yapılmıştır. Yaranın toksin ile immobilizasyonu iyileşmeyi artırırken, 6. ay sonunda daha iyi kozmetik sonuç elde edilmiştir (64). Yara bakımının geleceğinde yer alabilmekle birlikte bu yöntemin maliyeti acil departmanda uygulanışını kısıtlamaktadır.

DOMUZ İNCE BARSAK MUKOZASI

Kragh ve ark. (65) operatif olmayan yöntemler yerine kasın sütürle onarıldığında daha iyi supinasyon torkunun, görünümün ve daha fazla memnuniyetin olduğunu bildirmişlerdir. Domuz ince barsak mukozası kollajen bir biyomateriyal olup yere özgü bağ dokusu remodellingini uyarır. Bu ürün kollajen yapı iskelesi gibi görev yaparak dokunun uygun şekilde uzayarak implantasyonunu sağlar. Bu ürün tavşanlarda tam kat kas demeti laserasyonunda kullanılmıştır. Çalışma sonucunda kasın sütür ile tamirine eklendiğinde sonuç ve fonksiyonu iyileştirebileceği görülmüştür (66). Bu ürünle

yapılan tamirde sütürsüz tamire, sütürle tamir edilip bu ürünün kullanılmadığı durumlara göre morfolojik ve fonksiyonel olarak daha normale yakın bir sonucun elde edildiği bulunmuştur. Şu an için bu ürünün acil departmanlarda kas yaranılmasında kullanılıp kullanılmayacağı net değildir.

HYALURONİDAZ ENJEKSİYONU

İnsan ısırığına bağlı yaralar sekonder onarıma veya geç kapamaya bırakılır. Literatürde belirtilen yeni bir yöntem de yara etrafına hyaluronidaz uygulamak suretiyle geç kapamaya bırakılacak yaranın anında kapatılmasının sağlanmasıdır. Bu ürün enzimatik olarak intersellüler dolgu maddesinin oluşmasını engeller. Yaraya eksternal bası ile kombine edildiğinde açık yaraya ve yara kenarlarına doğru sıvı difüzyonu olur. Bu da yumuşak, basık bir yaranın oluşması ve gerilimsiz yara kapanmasının olmasını sağlar (67). Bu işlem yaradaki ödemin günler değil dakikalar içinde eliminasyonunu sağlar.

Hyaluronidaz kullanımı orofasiyel yaranılmalarda da araştırılmıştır. Yaraya 2-3 ml hyaluronidaz uygulandıktan sonra 10 dakika bası uygulanmıştır. Bütün yaralar komplikasyonsuz şekilde 17 gün ile 1 ay arasında iyileşmiştir. Hyaluronidaz şu an için acil departmanlarında kullanılmamaktadır.

KAYNAKLAR

- 1- National Hospital Ambulatory Medical Care Survey. Emergency department summary. Advance data from vital and health statistics; no. 293. National centre for health statistics. Mart 2007
- 2- Trott A. Surface injury and wound healing. In: Wounds and lacerations emergency care and closure. St. Louis (MO): Mosby; p. 1223, 1991.
- 3- Cruse PJE, Foord R. A five-year prospective study of 23,649 surgical wounds. Arch Surg 107:2069., 1973
- 4- Stamou SC, Maltezou HC, Psaltopoulou T, et al. Wound infections after minor limb lacerations: risk factors and the role of antimicrobial agents. J Trauma 46(6):107881, 1999.
- 5- Pulaski EJ, Meleney FL, Spach WL. Bacterial flora of acute traumatic wounds. Surg Gynecol Obstet 72:9828, 1941.
- 6- Robson MC, Duke WF, Krizek TJ, et al. Rapid bacterial screening in the treatment of civilian wounds. J Surg Res 14:42630, 1973.
- 7- Berk WA, Osbourne DD, Taylor DD. Evaluation of the 'golden period' for wound repair: 204 cases from a third world emergency department. Ann Emerg Med 17(5):496500, 1988.
- 8- Berk WA, Welch RD, Bock BF. Controversial issues in clinical management of the simple wound. Ann Emerg Med 21(1):7280, 1992.
- 9- Pascual FB, McGinley EL, Zanardi LR, et al. Tetanus surveillance United States, 1998 - 2000. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 52(SS03):18, 2003.
- 10- Centers for Disease Control. Morbidity and mortality weekly report. Available at: Accessed March 2007.
- 11- Hollander JE, Singer AJ, Valentine SM, et al. Risk factors for infection in patients with traumatic lacerations. Acad Emerg Med 8:71620, 2001
- 12- Chisholm CD. Wound evaluation and cleansing. Emerg Med Clin North Am 10(4):66572, 1992
- 13- Lammers RL, Magill T. Detection and management of foreign bodies in soft tissue. Emerg Med Clin North Am 10(40):76780, 1992.
- 14- Anderson MA, Newmeyer WL, Kilgore ES. Diagnosis and treatment of retained foreign bodies in the hand. Am J Surg 144:637, 1982.
- 15- Singer AJ, Stark MJ. Pretreatment of lacerations with lidocaine, epinephrine, and tetracaine at triage: a randomized double-blind trial. Acad Emerg Med 7(7):7516, 2000.
- 16- Kelly AM, Cohen M, Richards D. Minimizing the pain of local infiltration anesthesia for wounds by injection into the wound edges. J Emerg Med; 12:5935, 1994
- 17- Bartfield JM, Sokaris SJ, Raccio-Robak N. Local anesthesia for lacerations: pain of infiltration inside vs. outside the wound. Acad Emerg Med; 5:1004, 1998.

- 18- Bartfield JM, Gennis P, Barbera J, et al. Buffered versus plain lidocaine as a local anesthetic for simple laceration repair. *Ann Emerg Med* ;19(12):13879,1990.
- 19- BroganGXJr, Giarrusso E, Hollander JE, et al. Comparison of plain, warmed, and buffered lidocaine for anesthesia of traumatic wounds. *Ann Emerg Med* ;26(2):1215, 1995.
- 20- Bartfield JM, Lee FS, Raccio-Robak N, et al. Topical tetracaine attenuates the pain of infiltration of buffered lidocaine. *Acad Emerg Med* ;3:10015, 1996
- 21- Hamer ML, Martin CR, Krizek TJ, et al. Quantitative bacterial analysis of comparative wound irrigations. *Ann Surg* ;181(6):81922, 1975.
- 22- Dire DJ, Welsh AP. A comparison of wound irrigation solutions used in the emergency department. *Ann Emerg Med* ;19:7048, 1990.
- 23- Hollander JE, Singer AJ. Laceration management. *Ann Emerg Med* ;34(3):35667, 1999.
- 24- Stevenson TR, Thacker JG, Rodeheaver GT, et al. Cleansing the traumatic wound by high pressure syringe irrigation. *JACEP* ;5(1):1721, 1976.
- 25- Singer AJ, Hollander JE, Quinn JV. Evaluation and management of traumatic lacerations. *N Engl J Med* ;337(16):11428, 1997.
- 26- Dulecki M, Pieper B. Irrigating simple acute traumatic wounds: a review of the current literature. *J Emerg Nurs* ;31(2):15660, 2005
- 27- Peterson LW. Prophylaxis of wound infection. *Arch Surg* ;50(4):17783, 1945.
- 28- Knapp JF. Updates in wound management for the pediatrician. *Pediatr Clin North Am* 46(6):120113, 1999.
- 29- Hollander JE, Richman PB, Werblud M, et al. Irrigation in facial and scalp lacerations: does it alter outcome? *Ann Emerg Med* 31(1):737, 1998.
- 30- Ernst AA, Gershoff L, Miller P, et al. Warmed versus room temperature saline for laceration irrigation: a randomized clinical trial. *South Med J* ;96(5):4369,2003.
- 31- Haury B, Rodeheaver G, Vensko J, et al. Debridement: an essential component of traumatic wound care. *Am J Surg* 135(2):23842, 1978.
- 32- Schultz GS, Sibbald RG, Falanga V, et al. Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. *Wound Repair Regen* ;11:128,2003.
- 33- Seropian R, Reynolds BM. Wound infections after preoperative depilation versus razor preparation. *Am J Surg* ;121:2514,1971.
- 34- Markovchick V. Suture materials and mechanical after care. *Emerg Med Clin North Am* ;10(4):67389,1992.
- 35- Khan A, Dayan PS, Miller S, et al. Cosmetic outcome of scalp wound closure with staples in the pediatric emergency department: a prospective, randomized trial. *Pediatr Emerg Care* ;18(3):1713,2002.
- 36- George TK, Simpson DC. Skin wound closure with staples in the accident and emergency department. *J R Coll Surg Edinb* ;30(1):546,1985.
- 37- Kanegaye JT, Vance CW, Chan L, et al. Comparison of skin stapling devices and Standard sutures for pediatric scalp lacerations: a randomized study of cost and time benefits. *J Pediatr* ;130:80813,1997.
- 38- Lo S, Aslam N. A review of tissue glue use in facial lacerations: potential problems with wound selection in accident and emergency. *Eur J Emerg Med* ;11(5):2779,2004.
- 39- Singer AJ, Quinn JV, Clark RE, et al. Closure of lacerations and incisions with octylcyanoacrylate: a multicenter randomized controlled trial. *Surgery* ;131:2706,2002.
- 40- Perron AD, Garcia JA, Hays EP, et al. The efficacy of cyanoacrylate-derived surgical adhesive for use in the repair of lacerations during competitive athletics. *Am J Emerg Med* ; 18(3):2613,2000.
- 41- Zempsky WT, Parrotti D, Grem C, et al. Randomized controlled comparison of cosmetic outcomes of simple facial lacerations closed with Steri strip skin closures or Dermabond tissue adhesive. *Pediatr Emerg Care* ;20(8):51924,2004.
- 42- Katz KH, Desciak EB, Maloney ME. The optimal application of surgical adhesive tape strips. *Dermatol Surg* ;25(9):6868,1999.
- 43- Lin M, Milan M. Managing scalp lacerations. *ACEP News* ;30,2007.
- 44- Trott A. Special anatomic sites. In: Falk KH, editor. *Wounds and lacerations emergency care and closure*. St. Louis (MO): Mosby; p. 178207,1997.
- 45- Armstrong BD. Lacerations of the mouth. *Emerg Med Clin North Am* ;18(3): 47180,2000.
- 46- Zukin DD, Simon RR. Regional care. In: *Emergency wound care principles and practice*. Rockville (MD): Aspen Publishers, Inc; p. 77109,1987.
- 47- de Alwis W. Fingertip injuries. *Emerg Med Australas* ;18:22937,2006.
- 48- Quinn J, Cummings S, Callaham M, et al. Suturing versus conservative management of lacerations of the hand: randomized controlled trial. *BMJ* ;325:299300,2002.
- 49- Hattori Y, Doi K, Ikeda K, et al. A retrospective study of functional outcomes after successful replantation versus amputation closure for single fingertip amputations. *J Hand Surg [Am]* ;31:8118,2006.
- 50- Richards A, Crick A, Cole R. A novel method of securing the nail following nail bed repair. *Plast Reconstr Surg* ;103(7):19835,1999.
- 51- Hassan MS, Kannan RY, Rehman N, et al. Difficult adherent nail bed dressings: an escape route. *Emerg Med J* ;22:312,2005.
- 52- Pasapula C, Strick M. The use of chloramphenicol ointment as an adhesive for replacement of the nail plate after simple nail bed repairs. *J Hand Surg* ;29(6):6345,2004.
- 53- Dire DJ. Cat bite wounds: risk factors for infection. *Ann Emerg Med* ;20:9739,1991.
- 54- Chen E, Hornig S, Shepherd SM, et al. Primary closure of mammalian bites. *Acad Emerg Med* ;7:15761,2000.
- 55- Burke JF. The effective period of preventive antibiotic action in experimental incisions and dermal lesions. *Surgery* ;50:1618,1961.
- 56- Edlich RF, Kenney JG, Morgan RF, et al. Antimicrobial treatment of minor soft tissue lacerations: a critical review. *Emerg Med Clin North Am* ;4(3):56180,1986.
- 57- Sacks T. Prophylactic antibiotics in traumatic wounds. *J Hosp Infect* ;11(SupplA): 2518,1988.

- 58- Roberts AHN, Teddy PJ. A prospective trial of prophylactic antibiotics in hand lacerations. *Br J Surg* ;64:3946,1977.
- 59- Whittaker JP, Nancarrow JD, Sterne GD. The role of antibiotic prophylaxis in clean incised hand injuries: a prospective randomized placebo controlled double blind trial. *J Hand Surg [Br]* ;30(2):1627,2005.
- 60- Callahan M. Prophylactic antibiotics in common dog bite wounds: a controlled study. *Ann Emerg Med* ;9:4104,1980.
- 61- Wu T. Simple techniques for closing skin defects and improving cosmetic results. *Aust Fam Physician* ;35(7):4926,2006.
- 62- Lowe T, Paoloni R. Sutured wounds: factors associated with patient-rated cosmetic scores. *Emerg Med Australas* ;18(3):25967,2006.
- 63- Bar-Meir E, Zaslansky R, Regev E, et al. Nitrous oxide administered by the plastic surgeon for repair of facial lacerations in children in the emergency room. *Plast Reconstr Surg* ;117:15715,2006.
- 64- Gassner HG, Brissett AE, Otley CC, et al. Botulinum toxin to improve facial wound healing: a prospective, blinded, placebo-controlled study. *Mayo Clin Proc* ;81(8):10238,2006.
- 65- Kragh JF, Basamania CJ. Surgical repair of acute traumatic closed transection of the biceps brachii. *Journal of Bone & Joint Surgery* ;84-A(6):9928,2002.
- 66- Crow BD, Haltom JD, Carson WL, et al. Evaluation of a novel biomaterial for intrasubstance muscle laceration repair. *J Orthop Res* ;25:396403,2007.
- 67- Baurmash HD, Monto M. Delayed healing human bite wounds of the orofacial area managed with immediate primary closure: treatment rationale. *J Oral Maxillofac Surg* ;63:13917,2005.