



**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**TIP FAKÜLTESİ 2017-2018 ÖĞRETİM YILI
DÖNEM 3 VE DÖNEM 6 ÖĞRENCİLERİNİN
BİLDİRİMİ ZORUNLU BULAŞICI HASTALIKLARA
İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN VE GÖRÜŞLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Ekin ÇUBUKÇU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA

2018



**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**TIP FAKÜLTESİ 2017-2018 ÖĞRETİM YILI
DÖNEM 3 VE DÖNEM 6 ÖĞRENCİLERİNİN
BİLDİRİMİ ZORUNLU BULAŞICI HASTALIKLARA
İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİNİN VE GÖRÜŞLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dr. Ekin ÇUBUKÇU

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Ayşe AKIN**

ANKARA, 2018



T.C

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Halk Sağlığı Tezli Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Ekin Çubukçu tarafından yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 27/07/2018

Tez Konusu: “Tıp Fakültesi 2017-2018 Öğretim Yılı Dönem 3 ve Dönem 6 Öğrencilerinin Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklara İlişkin Bilgi Düzeylerinin ve Görüşlerinin Değerlendirilmesi”

TEZ DANIŞMANI: Prof. Dr. Ayşe N. AKIN

TEZ JÜRİSİ ÜYELERİ

Prof. Dr. Ayşe N. Akın

Başkent Üniversitesi

Prof. Dr. Rengin Erdal

Başkent Üniversitesi

Prof. Dr. Ahmet Saltık

Ankara Üniversitesi

ONAY: Bu tez, Başkent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun ...15... / 08... / 2018 tarih ve ...38-2... Karar Sayısı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Rengin ERDAL
Enstitü Müdürü



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih: 6 / 8 / 2018

Öğrencinin Adı, Soyadı : Ekin Çubukçu

Öğrencinin Numarası : 21510233

Anabilim Dalı : Halk Sağlığı

Programı : Yüksek Lisans

Danışmanın Unvanı/Adı Soyadı : Prof. Dr. Ayşe Akın

Tez Başlığı : Tıp Fakültesi 2017-2018 Öğretim Yılı Dönem 3 ve Dönem 6

Öğrencilerinin Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklara İlişkin Bilgi
Düzeylerinin ve Görüşlerinin Değerlendirilmesi

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans/Doktora tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 73 sayfalık kısmına ilişkin, 06 / 08 / 2018 tarihinde tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 18'dir.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

“Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını” inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası: Dr. Ekin Çubukçu

Ekin Çubukçu

Onay

06 / 08 / 2018

Prof. Dr. Ayşe Akın

TEŞEKKÜR

Halk Sağlığı biliminin hekimlik hayatımın her alanında yer almasını sağlayan, eğitimimin her aşamasında yakın ilgisiyle ufkumu genişleten, bana yol gösteren, engin bilimsel bilgi ve tecrübelerini tez çalışmam boyunca benden esirgemeyen saygıdeğer tez danışmanım Prof. Dr. Ayşe AKIN'a,

Tez çalışmam boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, araştırmamın şekillendirilmesi, uygulanması, verilerimin analizi ve değerlendirilmesi aşamalarında verdiği değerli katkıları ve zamanı için Öğr. Gör. Dr. Sare MIHCIOKUR'a,

Halk Sağlığı eğitimim sürecinde benimle paylaştıkları bilimsel bilgi birikimleri, destek ve katkılarından dolayı Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın değerli hocaları Prof. Dr. Rengin ERDAL'a, Dr. Öğr. Üyesi Cihangir ÖZCAN'a, Dr. Öğr. Üyesi Elif DURUKAN'a ve Öğr. Gör. Dr. Ümmühan Nihal BİLGİLİ AYKUT'a,

Mesleki ve eğitim hayatım boyunca benden desteğini esirgemeyen, bilgi, tecrübe ve yardımlarıyla beni yönlendiren, her zaman değerli görüşlerine başvurduğum Dr. ığdem řİMŐEK'e,

Tez çalışmamın her aşamasında yanımda bulunan, yardım ve desteğini benden esirgemeyen kardeşim Dr. Hikmet Can ÇUBUKÇU'ya,

Hayatımın her alanında sonsuz sevgi ve desteklerini her zaman kalbimde hissettiğim anneme, babama ve kardeşime gönülden teşekkür ederim.

Dr. Ekin ÇUBUKÇU

Ankara, 2018

ÖZET

Ekin Çubukçu, Tıp Fakültesi 2017-2018 Öğretim Yılı Dönem 3 ve Dönem 6 Öğrencilerinin Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklara İlişkin Bilgi Düzeylerinin ve Görüşlerinin Değerlendirilmesi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Yüksek Lisans Tezi, 2018.

Bu çalışma Tıp Fakültesi Dönem 3 ve Dönem 6 öğrencilerinin bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklara (BZBH) ilişkin bilgi düzeylerinin ve görüşlerinin değerlendirilmesi ve elde edilen sonuçlar doğrultusunda bu konuda yapılacak eğitim ve bilinçlendirme çalışmalarına katkıda bulunması amacıyla gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı tipte olan bu araştırmada Dönem 3 ve Dönem 6'da eğitim alan öğrencilerin (196 öğrenci) %73,4'üne (144 öğrenci) BZBH'ler konusunda bilgi ve görüşlerinin saptanması için anket uygulanmıştır. Ankete katılan öğrencilerin %33,3'ünün BZBH'lerin bildirim gruplarını ve sayısını bilmediği, %9,0'nın A grubu, %15,3'ünün B grubu, %8,3'ünün C grubu, %16'sının D grubu BZBH'yi doğru bildiği saptanmıştır. Öğrencilerin %20,8'inin BZBH'lerin bildiriminde kullanılan Form 014'ü doğru bildiği belirlenmiştir. Form 014'ü bilme durumu açısından Dönem 3 ve Dönem 6 öğrencileri arasındaki fark Dönem 6 öğrencileri lehine istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Ankete katılan öğrencilerin sadece %7,6'sının yetkili laboratuvarlar tarafından bildirilen BZBH'lerin bildiriminde kullanılan Form 014-D'yi doğru bildiği, araştırma grubundaki öğrencilerin %95,1'inin BZBH'ler hakkında ilgili mevzuatı okumadığı ve %93,7'sinin bildirim yapılmadığı durumlarda karşılaşılabilecekleri hukuksal yaptırımları bilmediği saptanmıştır. Öğrencilerin %85,4'ünün BZBH'ler konusunda Tıp Fakültesinde herhangi bir eğitim döneminde eğitim aldıklarını belirttiği tespit edilmiş olup, eğitim almış olmalarına rağmen bilgi düzeyleri düşük bulunmuştur. Öğrencilerin %70,1'inin Türkiye'de BZBH'lerin yeterli düzeyde bildirilmediğini düşündükleri, %41,7'sinin BZBH konusunda aldıkları eğitimi yeterli bulmadığı belirlenmiştir. Sonuç olarak Tıp Fakültesi Dönem 3 ve Dönem 6 öğrencilerinin BZBH'lere ilişkin bilgi düzeylerinin eksik olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin BZBH'ler konusundaki bilgi düzeylerinin bu konuda aldıkları eğitimle ilişkili

olduğu, dolayısıyla tıp fakóltesi eğitiminde ilgili stajlarda BZBH konusunda daha ayrıntılı ve güncel bilgiler verilmesinin ve konunun hem teorik hem de uygulamalı olarak eğitim müfredatına dahil edilmesinin öğrencilerin bu konuda bilgi ve farkındalıklarını artıracadı, böylece BZBH bildirimlerinin doğru ve eksiksiz yapılmasına katkı sağlanabileceği düşünölmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar, bildirim, bilgi düzeyi, tıp fakóltesi öğrencileri, Form 014

Bu çalışma, Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:KA17/343) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

ABSTRACT

Ekin Çubukçu, Assessment of Knowledge Levels and Opinions on Notifiable Communicable Diseases (CDs) of Term 3 and Term 6 Students of Faculty of Medicine 2017-2018 Education Period, Başkent University Health Sciences Institute Public Health Graduate Thesis, 2018.

This study was carried out to assess the knowledge levels and opinions about Notifiable CDs of Term 3 and Term 6 students of Faculty of Medicine and to contribute to awareness raising studies and education about this issue in the view of obtained outcomes. In this descriptive study, a questionnaire was applied to 73,4 percent of Term 3 and Term 6 medical students to determine their knowledge and opinions about Notifiable CDs. It was found that 33,3% of the students who participated in the survey didn't know the number and groups of Notifiable CDs. Additionally, 9,0%; 15,3%, 8,3% and 16,0% of students knew correctly the Notifiable CDs of category A, B, C, and D respectively. It was determined that 20,8% of the students knew correctly the Form 014 used for reporting Notifiable CD's. The difference between the knowledge of Term 3 and Term 6 medical students about Form 014 was statistically significant in favour of Term 6 ($p < 0.05$). It was found that only 7,6% of the students who participated in the survey knew correctly Form 014-D which was used in the notification of Notifiable CDs reported by authorised laboratory, 95,1% of students in the study group didn't read the relevant legislation about Notifiable CDs and 93,75% of students didn't know the legal sanctions they could face when the notification wasn't made. Although 85,4% of students stated that they got lectures about Notifiable CDs during their education terms, their knowledge levels were found to be low. 70,1% of students stated that they believe that notification of Notifiable CDs is insufficient in Turkey. 41,7% of students defined the education of Notifiable CDs they got was insufficient. In conclusion, it was determined that the students of Faculty of Medicine in Term 3 and 6 were in lack of knowledge about Notifiable CDs. Taking into account that the level of knowledge of students on Notifiable CDs is related to the education they receive, so, more detailed and up-to-date information should be included in the relevant

curriculum. Moreover, both theoretically and practically inclusion of these topics in the training curriculum will increase the knowledge and awareness of students thus contributing to the correct and complete implementation of the Notifiable CDs notifications.

Keywords: Notifiable communicable diseases, notification, level of knowledge, students of medical faculty, Form,014

This study was approved by Başkent University Institutional Review Board (Project no: KA17/343) and supported by Başkent University Research Fund.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
KISALTMALAR	xi
ŞEKİLLER	xiii
TABLolar	xiv
1. GİRİŞ	1
1.1. Amaçlar	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Tanımlar	7
2.2. Sürveyans	9
2.3. Bulaşıcı Hastalıklar	16
2.4. Bulaşıcı Hastalıkların Epidemiyolojisi	18
2.5. Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadelede Örgütlenme	21
2.6. Türkiye’de Bulaşıcı Hastalıkların Kısa Tarihçesi	27
2.7. Türkiye’de Bulaşıcı Hastalıkların Bildirim Mekanizması	31
2.8. Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıkların Dünya’daki Durumu	41
2.9. Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıkların Türkiye’deki Durumu	42
2.10. Türkiye’de Tıp Eğitimi Amacı ve Ulusal Çekirdek Eğitim Programı	46
3. GEREÇ ve YÖNTEM	51
3.1. Araştırmanın Yeri	51
3.1.1. Araştırma Bölgesinin Tanıtımı	51
3.2. Araştırmanın Tipi	53
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnek	53
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	54
3.5. Araştırmanın Süresi	55

3.6. Araştırmanın Aşamaları	55
3.6.1. Veri Toplama Formu	56
3.6.2. Ön Deneme	56
3.6.3. Veri Toplama Şekli	56
3.7. Araştırmanın Veri Analizi	57
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	57
3.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları	58
4. BULGULAR	59
4.1. Araştırma Grubunun Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri	60
4.2. Araştırma Grubunun Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar Konusundaki Bilgileri	61
4.3. Araştırma Grubunun Bildirim Sistemi Konusundaki Görüşleri	73
5. TARTIŞMA	85
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	99
7. KAYNAKLAR	102
8. EKLER	109
EK 1: Proje Onayı	
EK 2: Anket Formu	

KISALTMALAR

AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AH	Aile Hekimi
AHBS	Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
ASİE	Aşı Sonrası İstenmeyen Etki
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
BÜ	Başkent Üniversitesi
BZBH	Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar
CD	Communicable Diseases
ÇEKÜS	Çocuk, Ergen ve Kadın Üreme Sağlığı Birimi
ÇEP	Çekirdek Eğitim Programı
ÇerEP	Çerçeve Eğitim Programı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EMS	Eozinofili Miyalji Sendromu
GBP	Genişletilmiş Bağışıklama Programı
HBYS	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
HSGM	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
İSM	İlçe Sağlık Müdürlüğü
KDS	Karar Destek Sistemi
KETEM	Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
KKKA	Kırım Kongo Kanamalı Ateşi
KKRT	Kuduz/Kuduz Riskli Temas
MT	Maternal Tetanoz
NT	Neonatal Tetanoz
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome
SM	Sağlık Müdürlüğü
TSİM	Temel Sağlık İstatistikleri Modülü

TSH	Temel Sağlık Hizmetleri
TSM	Toplum Sağlığı Merkezi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
ÖSYM	Ölçme Seçme ve Yerleştirme Merkezi
RG	Resmi Gazete
UHK	Umumi Hıfzıssıhha Kanunu
USS	Ulusal Sağlık Sistemi
UST	Uluslararası Sağlık Tüzüğü
YÖK	Yükseköğretim Kurulu

ŞEKİLLER

Şekil	Şekil İsimleri	Sayfa
Şekil 2.4.1.	Enfeksiyon Zinciri	18
Şekil 2.7.1.	Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalık Grupları	34
Şekil 2.7.2.	Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar Bildirim Formu (Form 014)	35
Şekil 2.7.3.	A Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar Bildirim Algoritması (Akış Şeması)	36
Şekil 2.7.4.	B Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar Bildirim Algoritması (Akış Şeması)	37
Şekil 2.7.5.	C Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar Bildirim Algoritması (Akış Şeması)	38
Şekil 2.7.6.	D Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar Bildirim Algoritması (Akış Şeması)	39
Şekil 2.7.7.	Grup D Enfeksiyon Etkenleri Bildirim Fişi (Form 014-D)	40
Şekil 2.9.1.	Yıllara Göre Tifo Olası ve Kesin Vaka Dağılımı, Türkiye, 2005-2017	45

TABLULAR

Tablo	Tablo İsimleri	Sayfa
4.1.1.	Ankete katılan öğrencilerin okudukları dönem, cinsiyet ve yaş gruplarına göre dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018)	60
4.2.1.	Ankete katılan öğrencilerin bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıkların (BZBH) bildirim grubu ve sayısına göre bilgi durumu dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018)	61
4.2.2.	Ankete katılan öğrencilerin bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıkları doğru bilme durumu (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018)	62
4.2.3.	Ankete katılan öğrencilerin A, B, C ve D grubu bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar hakkındaki bilgi durumunun dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018)	64
4.2.4.	Ankete katılan öğrencilerin A, B, C ve D grubu bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıkların özelliklerini bilme durumunun dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018)	66
4.2.5.	Ankete katılan öğrencilerin bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıkların bildiriminde kullanılan Form 014'ü bilme durumunun dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018)	68
4.2.6.	Ankete katılan öğrencilerin laboratuvarlar tarafından bildirilen bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıkların bildiriminde kullanılan Form 014-D'yi bilme durumunun dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018)	69
4.2.7.	Ankete katılan öğrencilerin bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıkların sayısının 73 olduğunu bilme durumunun dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018)	70

4.2.8.	Ankete katılan öğrencilerin Aile Sağlığı Merkezi tarafından bildirimi yapılmayan bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalığı bilme durumunun dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018)	71
4.2.9.	Ankete katılan öğrencilerin Kolera'nın D grubu bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık olmadığını bilme durumunun dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018)	71
4.2.10.	Ankete katılan öğrencilerin Poliomyelit'in uluslararası bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık olduğunu bilme durumu dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018)	72
4.2.11.	Ankete katılan öğrencilerin bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar mevzuatını okuma durumunun dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018)	72
4.3.1.	Ankete katılan öğrencilerin bulaşıcı hastalıkların bildirimlerinin önemi hakkındaki görüşlerinin dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018)	73
4.3.2.	Ankete katılan öğrencilerin bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıkların bildirimini yapması uygun olan kişiler hakkındaki görüşlerinin dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018)	75
4.3.3.	Ankete katılan öğrencilerin Türkiye'de bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıkların mevzuata uygun olarak bildirimini yapabilmeleri konusundaki görüşlerinin dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018)	76
4.3.4.	Ankete katılan öğrencilerin bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıkların bildirimini yapmadıklarında karşılaşılabilecekleri hukuksal yaptırımlar konusundaki görüşlerinin dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018)	77
4.3.5.	Ankete katılan öğrencilerin Türkiye'de bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıkların yeterli düzeyde bildirimlerinin yapılıp yapılmadığı konusundaki görüşlerinin dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018)	78

4.3.6.	Ankete katılan öğrencilerin Türkiye’de bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıkların bildirim mekanizması hakkındaki görüşlerinin dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018)	79
4.3.7.	Ankete katılan öğrencilerin bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar konusunda daha önce eğitim alma durumlarının dağılımı (Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara 2018)	80
4.3.8.	Ankete katılan öğrencilerin bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar konusunda aldıkları eğitimin yeterliliği konusundaki görüşlerinin dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018)	81
4.3.9.	Ankete katılan öğrencilerin bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar ve bildirim sistemi konusunda tıp fakültesi, hizmet içi eğitim ve sürekli tıp eğitimi aşamalarında eğitim alma hakkındaki görüşlerinin dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018)	82
4.3.10.	Ankete katılan öğrencilerin bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar ve bildirim sistemi konusunda uygulanan anketin bilgi ve farkındalıklarını artırması hakkındaki görüşlerinin dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018)	83
4.3.11.	Ankete katılan öğrencilerin bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar ve bildirim sistemi konusunda uygulanan anketin yaklaşım değişikliği oluşturması hakkındaki görüşlerinin dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018)	84

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre "Sağlık, sadece hastalık ve engellilik durumunun olmayışı değil; kişinin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir" (1). Halk Sağlığı, "organize olmuş toplum çalışmaları neticesinde çevre sağlığını iyileştirerek, bulaşıcı hastalıkları kontrol altına alıp hastalıklara yönelik erken tanı ve tedavi hizmetlerini sağlayarak, sağlık hizmetlerinin sunumunu düzenleyerek ve toplumda yaşayan her bireyin sağlığını koruyarak geliştirmek ve böylece her bireyin yaşam kalitesini artırarak sağlıklı bir yaşam ile toplumsal verimliliğin artırılmasını ve hastalıkların engellenmesini sağlayan bir bilim ve sanattır" (2). Bulaşıcı Hastalık, bir mikroorganizma veya onun toksik ürünlerine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıktır. Bu hastalıklar etkenin enfekte bir kişiden, hayvandan veya kaynaktan; hayvan konak, vektör veya cansız çevre aracılığıyla, doğrudan veya dolaylı yolla başka bir duyarlı konağa geçişiyle meydana gelmektedir (3).

Toplumun sağlıklı olabilmesi için, toplumu oluşturan bireylerin sağlıklarının korunması gerekmektedir. Bu amaçla hastalıklardan korunmalı, hastalananlara erken tanı hizmeti verilmeli ve tedavileri yapılmalıdır (4). Ancak bulaşıcı hastalıklar, çeşitli şekillerde sağlam kişilere bulaşarak bir anda toplumu tehdit eden boyutlara ulaşabilmektedir. Bazen bulaşıcı hastalıklar ortaya çıktıktan sonra alınan önlemler yetersiz kalabilmekte ve ciddi kayıplara neden olabilmektedir. Bulaşıcı hastalıkların topluma verebileceği zararlar; toplumun sosyal yaşamının bozulması, sağlık hizmetlerinin aksaması, ölüm ve sekellerin olması, ekonomik kayıplar ve hastalıkların uluslararası yayılma kolaylığı şeklinde özetlenebilir. Bulaşıcı hastalıklar geniş kitleleri etkileyebilecek salgınlar oluşturabilme potansiyeli nedeniyle, saptanması ve bildirilmesi, halk sağlığını korumaya yönelik önlemlerin alınabilmesi açısından büyük önem taşımaktadır (5).

Mikroorganizmaların değişimi ve patojen olma özelliklerinin ortaya çıkması, yeni ortaya çıkan etkenlerin ve fırsatçı mikroorganizmaların çeşitli hastalıklara neden olması, göçler, savaşlar, seyahatlerin artışı, nüfus hareketliliği, toplumsal altyapı

değişimleri, teknolojik gelişmeler, ticaret ve endüstrinin gelişimi gibi durumlar bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkmasını ve yayılmasını kolaylaştırmaktadır. Bu sebeple tarihin en eski dönemlerinden bu yana toplumsal yıkımlara neden olan bulaşıcı hastalıklara yönelik koruma ve kontrol önlemlerini almak halk sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır (6).

Türkiye’de Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele kapsamında sürveyans çalışmaları, bulaşıcı hastalıklarla örgütlü mücadelenin başladığı 1800’lü yıllara denk düşmektedir. II. Mahmut’un emriyle karantina için ilk kez bir meclis (Meclis-i Tahaffuz) toplanarak 1838’de göreve başlamıştır. Bu meclis Çanakkale’de Akdeniz yolcularının İstanbul’a gelmeden evvel sağlık kontrolünden geçirildiği ve gerekli tedbirlerin alındığı bir merkez olarak kurulmuş ve “Karantina Talimatnamesi” ülkenin her yeri için düzenlenerek dağıtılmıştır. 1914’te Hudut Sıhhiye Müdüriyeti kurulmuştur. Ülkeler genel sağlık için gerek görülen bazı karantina önlemlerinin düzenlenmesi için 1851’de Paris’te toplanmıştır. Karantina hastalıkları Veba, Kolera ve Sarıhumma ile sınırlandırılmıştır. 1918’de Beynelmüttefikin Sıhhiye Kontrol İdaresi kurulmuştur. 1923’te Beynelmüttefikin Sıhhiye Kontrol İdaresi kaldırılmış ve Lozan Anlaşmasından sonra yerine "İstanbul Limanı ve Boğazları Sıhhiye Müdüriyeti" kurulmuştur. 1924’te bu Müdüriyetin adı "Hudut ve Sevahil Sıhhiyesi Müdüriyeti Umumiyesi" (Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü) olarak değiştirilmiştir. Lozan Anlaşması ve Montreaux Sözleşmesiyle kuruluşu tamamlanan Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğünün görevleri, DSÖ Anayasası’nın 21 ve 22. maddeleri uyarınca hazırlanmış ve 6368 sayılı Yasayla onaylanmış Uluslararası Sağlık Tüzüğü (UST) ve Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (UHK) ile belirlenmiştir (7). Sağlık hizmetleri daha sonra, 3 Mayıs 1920’de 3 sayılı Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekaleti Yasası ile kurulan Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmeye başlanmıştır. Türkiye’de bulaşıcı hastalıkların bildirişi hakkında çıkarılan ilk mevzuat, 1930’da yayınlanan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’dur (UHK). Bu yasa, halk sağlığı konusunda en geniş kapsamlı düzenleme özelliğini taşımaktadır. Bu yasa ile bulaşıcı hastalıkların sınırlarda ve ülke içinde kontrolüne yönelik düzenlemeler getirilmiş olup dezenfeksiyon kontrolü, vektör kontrolü, hastalık taşıyabilecek hayvanların imhası dâhil, diğer ülkelerden yayılabilecek olan bulaşıcı hastalıkların kontrolüyle ilgili maddeler de dahil olmak üzere karantina ve izolasyon konularına da ayrıntılı

olarak yer verilmiştir. Ayrıca bu yasa da bulaşıcı hastalıkların bildirimini nasıl yapılacağı ve bildirimlerden kimlerin sorumlu olduğu, salgınların araştırılması ve kontrolü, su kaynaklarının kullanımı ve sınırlandırılması, laboratuvarların mikroorganizma kültürlerini bulundurmaları ve bunların taşınması konusundaki sorumluluğu ve potansiyel bulaştırıcı özellik taşıyabilecek olan eşyaların imhası gibi birçok konu düzenlenmiştir (8).

Dünya’da ve ülkemizde sağlık alanındaki bilimsel gelişmeler sonucunda sürveyans sisteminde yeni düzenlemelere gerek duyulmuş ve bulaşıcı hastalıkların ihbar ve bildirim sisteminin yapısı ve işleyişi ile ilgili ilkeleri belirlemek üzere 2004’te Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Yönergesi yayınlanmıştır. Bu Yönerge ile bildirim yapılacak bulaşıcı hastalıklar ve etkenler A, B, C, D olmak üzere dört grupta toplanmış ve önceden 39 olan Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıkların (BZBH) sayısı 51’e çıkarılmıştır. Hastalık bildirimlerinde kullanılacak olan standart olgu tanımları geliştirilmiş, olgu tanımlarında laboratuvar testleri zorunluluğu ve klinisyenlerin dışında bildirimden sorumlu birimler arasına laboratuvarlardan etken bildirimleri de katılmıştır. Yürütülmekte olan kontrol programları ve niteliklerine göre her bir hastalık için ihbar ve bildirim kimler tarafından, ne zaman, ne ile ve nasıl bildirileceği belirtilmiş ve bazı hastalıklar için de sentinel sürveyans sistemi uygulanmaya başlanmıştır (9). 2004’te yayınlanan Yönerge’de zaman içinde güncellemeler yapılması gereğinin ortaya çıkması ve 2005’te UST’nin güncellenerek yayınlanmasından sonra gerekliliklerin yerine getirilmesi amacıyla 30 Mayıs 2007 tarih ve 26537 sayılı Resmi Gazete’de (RG) “Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği” yayınlanmıştır. Yönetmelikte BZBH’nin sayısı 55’e çıkarılmıştır. UST kapsamında halk sağlığı tehdidi oluşturabilecek durumların belirlenmesi halinde uluslararası bildirimlerin yapılması, erken uyarı ve cevap biriminin oluşturulması ve erken uyarının evreleri, bulaşıcı hastalık sürveyansında görev alacak koordinasyon komitesi ve buna bağlı çalışacak olan sürveyans ve laboratuvar komisyonları, sürveyans sistemine hastalıkların dahil edilme ölçütleri, nozokomiyal enfeksiyonlar ve antimikrobiyal direnç gibi özel sağlık sorunlarına özgü epidemiyolojik sürveyans ve bildirim sistemi belirlenmiştir (10). İlerleyen dönemlerde olgu tanımlarının Avrupa Birliği (AB) mevzuatı ile uyumlu duruma getirilmesi, UST’de yer alan karar aracında belirtildiği

şekilde “uluslararası önemi olan halk sağlığı acil durumları”na ait vaka tanımı ve bildirim algoritması tanımlanması çalışmaları sonucunda 02/04/2011 tarih ve 27891 sayılı RG’de “Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği” yayımlanarak yürürlüğe girmiş ve BZBH’nın sayısı yeniden güncellenerek 73’e çıkarılmıştır (11).

Türkiye’de aile hekimliği sistemine geçilmesi ve T.C. Sağlık Bakanlığı’nın yeniden yapılandırılması nedeni ile Bulaşıcı Hastalıkların İhbar ve Bildirim Sistemi 2015/18 sayılı Genelge ile güncellenmiştir. Mevcut bildirim sisteminde 2011’de güncellenen Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği’nde yer alan standart olgu tanımları ve tanı ölçütleri kullanılmakta ve algoritmalar ise 2015’te yayınlanan Genelge’ye uygun olarak uygulanmaktadır. Bildirimi zorunlu olan bir bulaşıcı hastalığın ihbar ve bildiriminden, sağlık hizmeti veren bütün kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek kişiler ve özel kuruluşlar sorumludur. BZBH kapsamındaki olgulara ait bilgilerin girilebilmesi ve bu olgulara ilişkin bildirimlerin gönderimi amacıyla tüm Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) ve Hastane Bilgi Yönetim Sistemlerinde (HBYS) bildirim ekranları oluşturulmuştur. Bildirime esas zorunlu hastalıklar A, B, C, D olmak üzere dört gruba ayrılmıştır ve değişik algoritmalarla bildirilmektedir (12).

A grubu BZBH’ler ülke genelinde hizmet veren tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan hekimlerce bildirim yapılacak hastalıkları kapsamaktadır (12).

B grubu BZBH’ler uluslararası bildirim zorunlu olan hastalıkları ve durumları kapsamaktadır (12).

C grubu BZBH’ler tanı koyma yetisine sahip yataklı tedavi kurumlarında çalışan hekimler tarafından bildirim yapılacak hastalıkları kapsamaktadır (12).

D grubu BZBH’ler ise tanı koyma yetisine sahip veya sentinel laboratuvarlarca belirlenen etkenleri kapsamakta ve laboratuvarlardan enfeksiyöz etkenin bildirim Form 014-D ile yapılmaktadır (12).

Dört grupta da yer alan BZBH için bildirimlerin yapılması sonrasında; hastalığın yayılmasının engellenmesi amacı ile kaynağın saptanması, olgunun incelenmesi, temaslıların izlenmesi, koruma ve kontrol önlemlerinin alınması amacıyla kaynak bulma (filyasyon) çalışmalarının yapılması gerekirse, bu çalışmalar asıl olarak bölge tabanlı hizmet veren Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) tarafından yürütülmektedir. TSM'nin çalışmalarına gerekli durumlarda Sağlık Müdürlüğü (SM) ve Aile Hekimleri (AH) de katılmaktadır (12).

1593 sayılı UHK (madde 57, 58, 61 ve 282), tüm sağlık kurum ve kuruluşlarını bulaşıcı hastalıkları bildirmekle yükümlü kılmıştır. Bulaşıcı hastalığın sağlam kişilere bulaşmasının engellenmesi, sağlıklı kişilerin yaşam hakkının korunabilmesi, bu hastalıkların tam olarak ve zamanında ilgili birimlere ihbarı ve bildiri ile olanaklı olabilmektedir. Bu bildirimlerin yapılmaması toplum sağlığını tehlikeye sokacağı gibi, yasalarda öngörülen ceza yaptırımları da bulunmaktadır. Mevzuat gereğince, bildirimle ilgili hükümlere aykırı davranan, BZBH'yi zamanında ve eksiksiz olarak bildirmeyen kişi ve kurum sorumluları hakkında UHK'nın 282. maddesine göre idari para cezası uygulanmaktadır (13).

Türkiye'de bildirim sistemi konusunda hekimlerin bilgi eksiklikleri; konuyu yeterince önemsememeleri, sağlık kurum ve kuruluşlarındaki bildirim sistemi konusunda yanlış veya eksik işlemlerin yapılması ve bildirim akışında meydana gelen hatalı uygulamalar gibi çeşitli sorunlar bulunmaktadır. Bu sorunlardan dolayı BZBH'lerin bildiriminin ve bu hastalıklarla ilgili istatistiksel verilerin eksik olduğu düşünülmektedir (50). BZBH konusunda sorunların düzeltilmesinde eğitimin rolü son derece önemlidir.

BZBH'nin bildiriminde hekimin rolünün önemi dikkate alınarak, geleceğin hekimleri olan Tıp Fakültesi Dönem 3 ve Dönem 6 öğrencilerinin BZBH'ler konusunda bilgi düzeylerinin ve görüşlerinin değerlendirilmesi ve elde edilecek sonuçlar doğrultusunda öneriler geliştirilmesi amacıyla bu araştırma planlanmış ve 2017-2018 eğitim yılında uygulanmıştır.

1.1. Amaçlar

Tıp Fakültesi Dönem 3 ve Dönem 6 öğrencilerinin BZBH'lere ilişkin bilgi düzeylerinin ve görüşlerinin incelenmesini amaçlayan bu çalışmada:

Kısa Vadeli Amaçlar:

Dönem 3 ve Dönem 6 öğrencilerinin,

- Hangi bulaşıcı hastalıkların bildirimini zorunlu olduğunu bilme durumunun belirlenmesi,
- Bildirimin nasıl yapıldığı konusunda bilgi düzeylerinin belirlenmesi,
- BZBH'nin bildiri konusundaki görüşlerinin belirlenmesi,
- BZBH'nin bildiri konusunda bilgi düzeyleri ve görüşlerinin eğitim aldıkları döneme göre farklılıklarının incelenmesi.

Uzun Vadeli Amaçlar:

- BZBH konusunda öğrencilerin bilgi düzeyleri ve görüşlerinin önemine dikkat çekmek ve bu konuda yapılacak eğitim ve bilinçlendirme çalışmalarına katkıda bulunmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tanımlar

Sağlık

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre; "Sağlık, yalnızca hastalık ve engelliliğin yokluğu değil bedensel, zihinsel ve toplumsal yönlerden de tam bir iyilik durumudur" (14).

Hastalık

Hastalık, sağlığın herhangi bir nedenle bozulması ve bu bozukluğun kişi tarafından da algılanır duruma gelmesidir. Hastalık durumunda; bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden iyilik durumu bozulmuştur. Hastalıklar nedenine, organına, sistemine, anatomiye göre ayrılarak incelenir. Bunlar genellikle bulaşıcı hastalıklar, beslenme bozuklukları ya da beslenme yetersizlikleri, kanserler, genetik hastalıklar, immün sistem bozuklukları, solunum yolu hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, kalp-damar hastalıkları, meslek hastalıkları, nörolojik hastalıklar ve psikiyatrik hastalıklar şeklinde sınıflandırılabilir (15).

Enfeksiyon

Bir mikroorganizmanın bir konakçıda (insan, hayvan, artropod) yerleşmesi, çoğalması ve genellikle bir bağışık yanıt oluşturmasıdır (16).

Endemi

Bir enfeksiyon etkeninin veya hastalığın belirli bir coğrafyada veya toplulukta sürekli olarak görülmesidir (16).

Salgın (Epidemi)

Belirli bir alanda ve bir grup insan arasında belirli bir süre boyunca beklenenden daha çok sayıda olgu görülmesidir (16).

Pandemi

Bir hastalığın kıtalararası yayılarak salgına neden olmasıdır (16).

Bildirim

Sağlık otoritesince belirlenmiş formlar veya sistemler aracılığıyla hekimler tarafından olgu tanımına uygun olarak tanı konan olguların ve salgınların bildirilmesi işlemidir (16).

Bildirimi Zorunlu Hastalık

Yasal gereklilik ile uygun yetkide bir yerel veya merkezi sağlık birimine rapor edilmesi zorunlu hastalıktır (16).

İhbar

Bazı bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklarda şüpheli, olası veya kesin olgu tanısı konduğunda normal bildirim işlemi beklemeyen ivedi bir şekilde, en hızlı iletişim kanallarını kullanarak ilgili sağlık otoritesine bildirim yapılmasıdır (16).

Temaslı

Enfekte bir kişi, hayvan veya çevreyle, o enfeksiyonu edinme riskine yol açan ilişkisi olmuş kişi veya hayvandır (16).

Olgu (Vaka)

Sürveyans amaçları veya epidemi için yapılan olgu tanımı ile uyumlu bir hastalığı ya da sağlık sorunu olan kişidir (16).

Olgu (Vaka) Tanımı

Belirli bir hastalığın sürveyansı veya salgın araştırmalarına ilişkin bir kişinin olgu olarak tanımlanabilmesi için bir arada bulunması gerekli tanı ölçütleridir (16).

Olgu (Vaka) Sınıflaması

Olgu tanımı ölçütlerini destekleme derecesine göre olgu olma olasılığının şüpheli, olası veya kesin olgu olarak derecelendirilmesidir (16).

Filyasyon

Bir halk sağlığı sorununa neden olan kaynağın ve etkenin belirlenmesi çalışmalarının yapılmasıdır (16).

Survey

Belirli bir toplumda ve belirli bir zaman aralığında bilginin sistematik bir şekilde toplandığı bir araştırmadır (16).

2.2. Sürveyans

Sağlık hizmetlerinde planlama yapabilmek, müdahalede bulunabilmek ve sunulan hizmetleri değerlendirebilmek amacıyla sağlıkla ilgili verilerin zamanında ve sistematik olarak toplanması, biriktirilmesi ve elde edilen sonuçların gereksinimi olan birimlere hızla geri bildirimini sağlayacak şekilde verilerin değerlendirilmesi sürecidir (16). Sürveyans, bir hastalığın bir popülasyonda oluşumu ve dağılımı ile hastalığın ortaya çıkma riskini artıran veya azaltan olayların sistematik ve aktif olarak süren dağılımı olarak da tanımlanabilmektedir (17).

Sürveyansın amacı bir durumun veya hastalığın nedenine ilişkin ipuçları bulabilmek, görölme sıklığındaki değişiklikleri gözlemek, salgınları erken belirlemek, etkenlere duyarlı kesimleri belirlemek, koruma ve kontrol önlemlerini uygulamaya koyarak morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır. Böylece sağlık hizmeti sunumunda politikaların geliştirilmesi, kaynakların bölüşülmesi için öncelikler ortaya konabilmekte, hastalıklar için koruma ve kontrol önlemlerinin belirlenmesi ve koruyucu önlemlerin etkisi değerlendirilebilmektedir. Sürveyans sistemi verileri, halk sağlığı açısından önem taşıyan olgularda eyleme geçmek için, bir hastalığın yükünü (veya sağlıkla ilgili diğer olayların) ölçümü ve bunlarla ilgili etmenlerde meydana gelen değişiklikleri değerlendirmek için, yüksek risk altında olan nüfusların belirlenmesinde ve yeni veya ortaya çıkan sağlık konularının belirlenmesi de dahil olmak üzere bir hastalığın (veya diğer sağlıkla ilgili olayların) yükünü ölçmek için, salgın hastalıklar (salgınlar) ve salgın hastalıkların tespiti de dahil olmak üzere bir hastalığın (veya sağlıkla ilgili diğer olayların) yükündeki eğilimleri izlemek için,

hastalıklara ilişkin koruma ve kontrol programlarının planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesine rehberlik etmek için, kamu politikasını değerlendirmek ve sağlık uygulamalarında değişikliklerin etkilerindeki saptamak için, sağlık kaynakların ayrılmasına öncelik verilmesi için, hastalığın klinik gidişini tanımlamak ve epidemiyolojik araştırmaların temelini oluşturmak için kullanılmaktadır (18).

Sürveyans uygulamaları aracılığıyla sağlık sistemi daha etkili ve verimli çalışmaktadır. Bölgesel salgınların erken dönemde saptanması, ekonomik açıdan daha az maliyet getirmesinin yanı sıra, salgınların yıkıcı etkilerinin de daha iyi denetlenmesini sağlayabilmektedir. İyi bir sürveyans sistemi, birçok hastalığın erken tanısının konmasını, kolay ve ucuz tedavisinin yapılmasını da sağlayabilmektedir. Böylece ölüm, hastalık ve engellilikler azaltılabilmektedir (19).

Sürveyans sistemlerinde birçok veri kaynağı kullanılmaktadır. DSÖ tarafından önerilen veri kaynakları:

- Ölüm istatistikleri
- Hastalık istatistikleri
- Demografik veriler
- Salgın bildirim ve araştırmaları
- Laboratuvar verileri
- Bireysel olgu bildirimleri
- Hayvan rezervuarları
- Basın yayın organları
- Çevre verileri
- Hastane istatistikleri
- Özel hekim kayıtları
- İlaç tüketim verileri
- İş-okul devamsızlıkları
- Araştırmalardır (20).

Enfeksiyon hastalıkları etkenlerinin 1800'lerin sonlarında bulunmasının ardından, halk sağlığı uygulamasında bilimsel temelli sürveyans kavramlarının ilk kullanımı; Veba, Çiçek, Tifüs ve Sarıhumma gibi ile ciddi bulaşıcı hastalıkları olan

kişilerin birbirleriyle olan bağlantılarını izlemek olmuştur. Bu hastalıkların ortak özelliği yüksek ölüm oranıyla patlayıcı biçimde salgınlar yapma potansiyellerinin olmasıdır. Sürveyansın bir amacı da hastalığın ilk belirtilerini ve bulgularını saptamak ve daha çok yaygınlaşmasını önlemek için hızla izolasyona başlamaktır. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki (ABD) birçok yıl boyunca erken tanı ve izolasyon salt ABD Halk Sağlığı Hizmetlerini değil, aynı zamanda dünya çapındaki karantina kurumlarının belediye ve devlet sağlık birimlerinin ve yabancı karantina istasyonlarının işlevleriydi. 1940'ların sonlarında Bulaşıcı Hastalık Merkezi'nin baş epidemiyoloğu olan Alexander D. Langmuir, sürveyans kavramını genişletmiştir. Langmuir ve ark. karantina istasyonlarında özgül hastalık riski taşıyan kişilerin gözetiminin devam etmesine karşın dikkatlerini Sıtma ve Çiçek hastalığı gibi hastalıklara yöneltmişlerdir. Belirli bir hastalığa ilişkin verilerin hızla toplanmasına ve analiz edilmesine vurgu yaparak, bulguların bilmesi gereken kişilere hızla dağıtılması gerektiğini belirtmişlerdir. Halen bu hızlı raporlama, analiz ve harekete geçme durumu ABD'deki yerel, eyalet ve ulusal düzeylerde bulaşıcı olmayan etyolojinin yaklaşık yüz bulaşıcı hastalık ve enfeksiyöz olmayan etyolojiler ve sağlık olayları için geçerlidir. Devam eden birçok raporlama sistemi Poliomyelit, kontamine aşılar (1955 Kesici olayı), 1957'de Asya'da Influenza salgını, 1961'de kabuklu deniz hayvanları ile ilişkili Hepatit A, 1980'de Toksik Şok Sendromu, 1994'de 4 Köşe Bölgesinde (Yeni Meksika, Arizona, Kolorado ve Utah birleşimi) Hantavirus pulmoner sendromu, 1994-1999 arasında E.coli 0157: H7 salgını, 1999'da Kuzeydoğudaki (daha sonra ABD'de yayılmıştır.) Batı Nil Ensefaliti, Akut Solunum Yetmezliği Sendromu (SARS) ve Maymun Çiçeği gibi yerel veya ulusal acil durumlardan kaynaklanmıştır. 1990'da L-triptofana bağlı eozinofili-miyalji sendromunun (EMS) araştırılmasından günler sonra, daha ender görülen ve rapor edilemeyen durumlar için ulusal raporlama sistemi kurulmuştur. 2001'den sonra nadir görülen ve terörist gruplarca yayılma potansiyeli olan Şarbon ve Çiçek hastalığı gibi salgın hastalıkların ortaya çıkma olasılığı göz önüne alınarak, sürveyans sistemleri tasarlanmıştır. 2005 ve 2006'da H5N1 Avian Influenza suşunun insanlarda pandemi yapabileceği endişesi, belirli sürveyans sistemlerinin geliştirilmesi de içinde olmak üzere halk sağlığının birçok sektöründe hızlı hazırlıklara yol açmıştır. Bu son felaketler en temel aşamalardaki salgınları belirlemek amacıyla hastalık ve

yaralanma göstergelerine temel sürveyans ilkelerini uygulayan sendromik sürveyansa önemli yatırımlar yapılmasını ve erken dönemde salgıların belirlenmesini teşvik etmiştir (21).

Sürveyans, veri toplamada izlenen yönteme göre 3 başlıkta değerlendirilmektedir.

- 1. Pasif Sürveyans:** Bildirim yapmakla yükümlü kişi veya birimlerden belirlenen sistem kapsamında, belirlenmiş sürelerle gönderilen verilerin analiz edilmesi, yorumlanması ve geri bildirim yapılmasıdır. Bildirim, tanı koyan kişilerce sağlık otoritesi tarafından belirlenen sistem kapsamında yapılmaktadır. Bildirim sisteminde yer alan hastalıkların kontrol programları kapsamında uygulanmakta olan sürveyanstır (22).
- 2. Aktif Sürveyans:** Bildirim yapmakla yükümlü kişi veya birimlerin kendiliğinden rapor etmesini beklemeksizin yetkili birimlerce düzenli olarak verilerin toplandığı, verilerin analiz edilmesi, yorumlanması ve geribildirim yapılmasıdır. Yetkili birimlerce sağlık kurumlarına gidilerek veriler taranmakta ve hastalık ile ilgili bilgiler toplanmaktadır. Hiç olgu belirlenmemiş ise sıfır olgu bildirim yapılır. Sıklıkla eliminasyon ve eradikasyon programı uygulanan hastalıklarda kullanılmaktadır (22).
- 3. Sentinel Sürveyans:** Olguları erken saptamak veya trendler hakkında gösterge sayılabilecek bilgiye ulaşmak için verilerin, örnek bir popülasyonda toplumun geri kalan kesimindeki durumuna işaret edecek biçimde toplanmasıdır. Rutin sürveyansın uygulanmadığı hastalıklarda ve uygulamanın elverişli olmadığı koşullarda ülkenin, bölgenin durumunu yakından izlemek ve değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır (22). Halk sağlığı açısından tehdit oluşturabilecek hastalıkların ve olayların erken tanınması ve müdahale edilebilmesi için sendromik sürveyans çalışmaları da yürütülmektedir. **Sendromik Sürveyans**, belirli bir hastalığa özgü olmayan tanı veya semptomlardan oluşan sağlık ile ilgili verilerin toplanması, analiz edilmesi yorumlanması ve geribildirim

yapılmasıdır. Bir hastalık veya salgının erken dönemde belirlenebilmesi amacıyla kullanılmaktadır (22).

Sürveyans, veri kaynağına göre 2 başlıkta değerlendirilmektedir.

- 1. Göstergeye Dayalı Sürveyans:** Hastalıkla ilgili önceden belirlenmiş olan verilerin olgu tanımları kullanarak rutin olarak toplanması, analiz edilmesi, yorumlanması ve geribildirimının yapılmasıdır. Göstergeye dayalı sürveyans verileri salgın, erken uyarı ve cevap eşik değerlerini hesaplamak için de kullanılmaktadır (22).
- 2. Olaya Dayalı Sürveyans:** Hastalıklara ilişkin kümelenmeler, belirlenemeyen ölümler gibi halk sağlığı olaylarının erken dönemde saptanarak doğrulanması, bildirimının yapılması ve raporlanması için birden gelişen halk sağlığı olaylarıyla ilişkili verilerin ivedilikle toplanması, analiz edilmesi, yorumlanması ve geribildiriminin yapılmasıdır. Olaya dayalı sürveyans verileri birçok resmi ve resmi olmayan bilgi kaynaklarından tanımlanabilir bir hastalıkla uyumlu olmayan benzer klinik semptom ve bulguları taşıyan olgu kümelenmelerinin saptanması amacıyla da kullanılmaktadır (22).

Sürveyansın 4 aşaması vardır;

- 1. Verilerin Toplanması:** Sürveyans çalışmaları verilerin toplanmasıyla başlamaktadır. Çeşitli veri kaynaklarından faydalanılarak sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlar, kullanılan kayıt formlarına göre hastalık verilerini düzenlemektedir. Verilerin bir araya getirilerek toplanması ve bildiriminin yapılması konusunda hangi hastalıkların bildirileceği, bildirimlerin kimlerce yapılacağı, verilerin kime, nasıl ve ne sıklıkta bildirileceği, bildiri yapılacak hastalıklara ilişkin olgu tanımlarının yapılması gerektiği, hastalıkla ilgili alınmış olan veya alınan koruma ve kontrol önlemlerinin neler olduğu belirtilmelidir (23).
- 2. Verilerin Analizi:** Toplanmış olan veriler yer, zaman ve kişi özelliklerine göre analiz edilerek değerlendirilip yorumlanabilmektedir. Verilerin analiz edilmesiyle mevcut durumdaki sayılarla beklenen sayılar

karşılaştırılabilmekte; diğerk ülke sayıları veya önceki yıllara ilişkin sayılarla da karşılaştırma yapılarak yorumlanabilmektedir. Böylece kimi hastalıklara ilişkin çeşitli risk etmenleri de belirlenebilmektedir (23).

3. **Verilerin Yorumlanması:** Verilerin yorumlanmasıyla hastalıklara ilişkin daha ileri incelemelerin yapılıp yapılmamasına karar verilebilmektedir. Böylece önceliklerin neler olduğu ortaya konularak eldeki kapasite değerlendirilebilmekte, genel toplumun, yönetimin ve medyanın dikkatlerinin çekilmesine bu noktada karar verilebilmektedir. Hastalık sayılarındaki yükseklik değerlendirilerek bu artışın gerçek nedeni saptanabilmektedir. Hastalık sayılarındaki artış her zaman olumsuz bir gelişme olarak kabul edilmemektedir. Artış çeşitli nedenlerden kaynaklanabilmektedir. Bölgede hastalıklara tanı koyma olanakları artmış olabilir, sağlık hizmeti verilen kurumlarda personel veya araç-gereç eksikliği giderilmiş olabilir, yanlış bildirimler yapılmış olabilir. Eksik veya yanlış bildirimler genellikle sağlık çalışanlarının bildirim konusundaki eksik bilgilerinden kaynaklanmaktadır. Bunların yanı sıra, hastalıklara ilişkin özel bir araştırma yapılmış olabilir veya etkili bir izleme-değerlendirme çalışması yürütülmüş olabilir. Tüm bu olasılıklar göz önüne alındığında, verilerin yorumlanmasıyla hastalıkların toplumsal boyutları kestirilebilmekte ve hastalıklara ilişkin toplumu temsil eden araştırmalar yapılabilmektedir (23).
4. **Verilerin Paylaşılması/Dağıtılması:** Sürveyansın en önemli aşamalarından biri de verilerin sağlık hizmeti veren birinci basamak sağlık kuruluşları başta olmak üzere ilgili hastanelere, laboratuvarlara, sağlık yöneticilerine, özellikle il idarecileri de içinde olmak üzere program yöneticileri ve karar verici düzeydeki kişilere geribildirim yapılmasıdır. Sürveyans raporlarının teşvik edici özelliği olduğu göz önüne alınacak olursa sürveyansın başarısı, sürveyans sistemine girilen verilerin niteliği üzerinde ve bilginin hedeflenen kullanıcılarla paylaşılması üzerinde yoğunlaşmaktadır. Ayrıca sürveyans verileri politika yapıcıların, gönüllü ve profesyonel grupların, araştırmacıların ve

diğerlerinin desteğini toplamak açısından nasıl bir anlayışa sahip olduklarını anlama konusunda da oldukça değerlidir (23).

İkinci kuşak sürveyans sistemindeki veri toplama yöntemleri

İkinci kuşak sürveyans, riskli davranışlardaki değişiklikleri ve hastalığın oluşumunu etkileyen diğer etmenleri izlemek amacıyla ilgili tüm gruplarda biyolojik ve davranışsal bilgilerin sistematik olarak toplanmasıdır. İkinci kuşak sürveyansın amacı, gelecekte hastalıklarla ilgili ortaya çıkabilecek eğilimleri anlamak, enfeksiyonun yüksek olabileceği öngörülen alt gruplara odaklanmak, enfeksiyonun yayılımını kolaylaştıracak davranışları kavramak, gereksinimlere ve enfeksiyonun yayılım özelliklerinde değişen durumlara göre yapılacak planlamalarda sürveyans bilgilerini daha etkili kullanmaktır. İkinci kuşak sürveyans, bir ülkenin mevcut sürveyans sisteminde nelerin çalıştığı ve sistemde hangi boşlukların kaldığının saptanması açısından da oldukça önemlidir. Bu noktada sürveyans faaliyetlerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi bu süreci kolaylaştırmaktadır. İkinci kuşak sürveyans kapsamında biyolojik sürveyans, davranış sürveyansı ve diğer srveyanslardan elde edilen bilgilerin değerlendirilmesiyle birlikte kimi araştırmalar yapılmaktadır (24).

Biyolojik Sürveyans: Gebeler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonu olanlar, bağımlılık yapıcı madde kullananlar gibi tanımlanmış kesimleri izleyen sentinel sürveyans çalışmalarından oluşmaktadır. HIV enfeksiyonunun yayılma özelliği gösterdiği bireylerde veya popülasyonu temsil eden gruplarda biyolojik sürveyans yapılabilmektedir. Biyolojik srveyansta bir başka veri kaynağı ise düzenli taramalardır. Genel olarak göçmenler, kan bağışçıları, askeri personel, sağlık personeli, uzun yol şoförleri gibi seilmış gruplar üzerinde yapılan çalışmaları kapsamaktadır. Ayrıca kesitsel araştırmalar ve genel toplum serosurveyleri de biyolojik sürveyans çalışmaları olup, bu araştırmalarla da olası enfeksiyon kaynakları saptanabilmektedir (24).

Davranış Sürveyansı: Toplumda ve belirlenen gruplarda davranış araştırmalarını kapsamaktadır. Toplumdaki davranış değişikliklerinin saptanması, risk taşıyan kişilerin davranışlarının belirlenmesi, yüksek ve düşük riskli kesimler arası ilişkilerin ortaya konması da davranış sürveyansı ile elde edilen bilgilerdir.

Riskli gruplarda kesitsel araştırmalar yoluyla yüksek ve düşük riskli gruplar arasındaki ilişkiler izlenebilmektedir (24).

Diğer Sürveyans alışmaları: Ölüm kayıtları, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların bildirimleri, Tüberküloz sürveyansı, HIV/AIDS olgularının bildirimleri, perinatal bulaşı izlemek için pediatrik sürveyansın da kullanılması önemli veri kaynaklarıdır (24).

Hastalıkların Sürveyans Sistemine Katılma Ölçütleri

- Ülke genelinde önemli halk sağlığı sorununa yol açan veya görülme potansiyeli olan hastalıklar,
- Ülke genelinde veya bölgesel düzeyde özel bir kontrol program yürütölen hastalıklar,
- Hastalığın özelliği göz önüne alındığında önlenmesinin koordinasyonu için bölgesel veya global bir yaklaşımın gerektiği durumlar,
- Ulusal düzeyde gözden kaçabilecek, ancak, verilerin bir sistem içinde toplanması ile daha geniş bir veri tabanından hipotez üretilebilen, erken uyarı ve cevap sağlayacak hastalıklar,
- Etkili koruyucu önlemleri olan hastalıklar,
- Uluslararası kuruluşlar ve ağlar ile bilgi paylaşımı sonucunda karşılaştırma yapıldığında elde edilen sonuçların ulusal veya uluslararası programların değerlendirilmesine katkı sağlayacak hastalıklar (25).

2.3. Bulaşıcı Hastalıklar

Belirli bir patojenik etken ya da onun toksik ürününün duyarlı bir konağa aktarılması ile ortaya çıkan hastalığa bulaşıcı veya enfeksiyöz hastalık denir. Patojenik etkenler bakteriler, virüsler, mantarlar, riketsiyalar veya parazitler olabilir. Her ne kadar etkenlerin bazıları evrensel olarak patojen olmasa da olağandışı koşullarda potansiyel olarak tehlikeli bir hale gelip hastalığa neden olabilirler (26).

Bir popülasyonda biyolojik ajanların hastalığın yayılmasına neden olup olmadığını belirleyen birçok etmen vardır. Genellikle hastalıkların yayılımını etkileyen etmenler enfeksiyon kaynaklarının varlığına, bulaşma yöntemine, popülasyonun veya bireylerin ilgili organizmaya duyarlılığına ve hangi organizmanın karakteristik özelliklerine göre değişiklik göstermektedir (26).

Bulaşma yolları, enfeksiyon etkeninin bir kaynaktan duyarlı konağa bulaşma yoludur. Enfeksiyon etkenleri insanlara iki yolla bulaşmaktadır. Doğrudan bulaşma enfekte kişinin, duyarlı kişi ve kontamine beden sıvılarıyla (cinsel ilişki, öpüşme ve kan nakli) doğrudan teması sonucu meydana gelen bulaşma şeklidir. Dolaylı bulaşma, mikroorganizmanın konakçıya bir aracı vasıtasıyla (canlı olmayan cisimler, vektörler, hava, su, gıda ve cerrahi aletler) bulaşmasıdır (26).

Bulaşıcı hastalıklar çeşitli şekillerde sağlam kişilere ulaşarak tüm toplumu bir anda tehdit eden boyutlara ulaşabilmektedir. Bazen bulaşıcı hastalıklar ortaya çıktıktan sonra alınan önlemler yetersiz kalabilmekte ve ciddi kayıplar ortaya çıkabilmektedir. Bulaşıcı hastalıkların toplumda meydana getirdiği zararlar; toplumun refahının bozulması, rutin sağlık hizmetlerinde aksaklıklar meydana gelmesi, ölüm ve sekel bırakan olaylarının olması, hastalıkların yayılımının engellenmesi ve hastaların tedavisinin toplumda ekonomik kayıplar oluşturması ve hastalıkların hızla yayılarak uluslararası boyut kazanması şeklinde özetlenebilir (26).

Bazı enfeksiyon hastalıkları salgınların ortaya çıkmasına ve hastalıkların belirli bir coğrafyada veya toplulukta endemik hale gelmesine neden olarak toplum sağlığını tehdit eden ciddi sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Birçok ülkede bu tip hastalıklar bildirim zorunlu hastalık olarak değerlendirilmekte ve kayıt altına alınarak izlenmektedir. Bu hastalıkların birçoğu su ve besin kaynaklı olduğu için yerel yönetimler çevresel kontrol önlemleri almakla bir ölçüde ya da tümüyle sorumlu olabilmektedir. Diğer enfeksiyonların kontrolü ise, bağışıklama ve olguların etkili tedavisi ile desteklenmektedir (26).

Günümüzde dünya genelinde her yıl seyahat eden insanların sayısının artması nedeniyle, ülkeler arasında hastalıkların yayılımı giderek artan bir sorun haline gelmektedir. Böylece bir ülkeden kaynaklanan veya bir ülkede veya bir bölgede

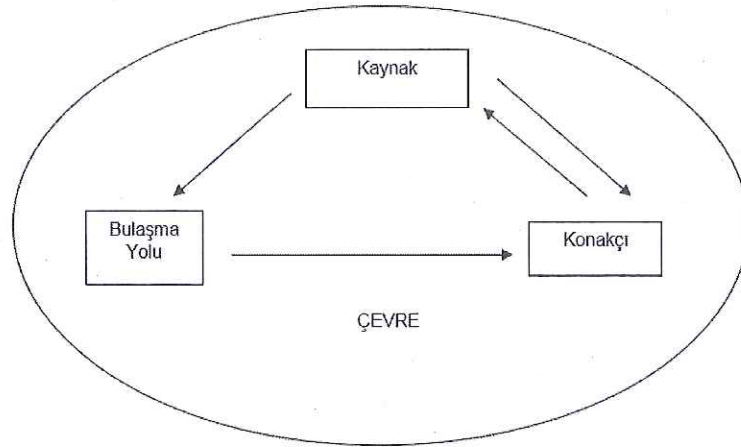
endemik olan hastalıklar hızla başka ülkelere veya bölgelere yayılarak sağlam bir popülasyona bulaşabilmektedir. Bu nedenle bu tür hastalıkların bir ülkeden diğerine yayılımının engellenmesi için bulaşıcı hastalıkların erken saptanmasıyla müdahale ve kontrol önlemlerinin alınması hastalıkların mortalitesi ve morbiditesinin azaltılması açısından önem taşımaktadır (26).

2.4. Bulaşıcı Hastalıkların Epidemiyolojisi

Bulaşıcı hastalıkların epidemiyolojisi, olağan koşullarda hastalığın nasıl oluştuğunu inceleyerek etken, bulaşma yolu, konakçı ve kaynağa ilişkin özellikleri değerlendirmektir (26).

Son yıllarda sağlık alanındaki gelişmelerin sonucunda bulaşıcı hastalıklara bağlı ölüm ve sekellerde önemli azalmalar gerçekleşmiş olmasına karşın bulaşıcı hastalıklar günümüzde halen önemli düzeyde ölüm ve engelliliklere neden olmaktadır (26).

Mikroorganizmaların enfeksiyon oluşturabilmesi için tamamlamak zorunda olduğu aşamaların hepsine birden enfeksiyon zinciri denir. Enfeksiyon zinciri aynı zamanda bulaşıcı hastalıkların oluşumunu açıklayan klasik modeldir. Bu zincirin kaynak, bulaşma yolu ve konakçı olmak üzere üç halkası vardır. Bu bileşenlere karşı alınacak önlemler toplumda bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkmasını engeller (26).



Şekil 2.4.1. Enfeksiyon Zinciri

Kaynak

Enfeksiyon etkeninin üzerinde yaşadığı, ürettiği ve yaşamını sürdürebilmek için bağımlı olduğu, duyarlı bir konakçıya geçebilecek şekilde çoğaldığı besin, nesne, hayvan veya insandır. Genel olarak bu kaynaklar hastalığın oluşması için ortamda mutlaka var olmalıdır. Ancak kaynağın varlığı her zaman hastalığın oluşması için yeterli değildir. Enfeksiyon kaynağını oluşturan etkenin hastalığın oluşması ve yayılması üzerinde birçok etkisi vardır (26).

İnsan kaynaklar, birçok hastalığın enfeksiyon kaynağını oluşturmaktadır. Kitlesele aşılama programlarının kullanılmasına karşın kimi enfeksiyon kaynaklarının bulaştırıcılıklarının yüksek olması ve bulaşma kolaylığı nedeniyle, bu hastalıkların yok edilmesi zordur. Buna ek olarak, kimi enfeksiyonlar belirti vermeyen kişilerce başkalarına bulaştırılabilir. Bu nedenle asemptomatik taşıyıcıları tanımlamak genellikle zordur (26).

Bir insanın kaynak ya da taşıyıcı olmasında hastalığın şiddeti, bulaşmasını sağlayan etken ve bireye ilişkin özellikler önemli rol oynamaktadır. Tüm bunların yanı sıra çevre koşulları, enfeksiyon dozu ve bulaşma yolu da oldukça önemlidir. İnsan taşıyıcıları üç tiptir: Sağlıklı, iyileşen veya kronik. Sağlıklı taşıyıcılar, potansiyel olarak patojen bir organizma tarafından saptanabilir herhangi bir hastalık olmaksızın, örneğin stafilokok taşıyıcılığı veya bağırsaktaki koliformlar gibi kolonize olan insanlardır. İyileşen taşıyıcılar, hastalığa yakalanan ve iyileşen fakat mikroorganizmayı geçici olarak çevreye yaymayı sürdüren taşıyıcılardır. Kronik taşıyıcılar, klinik olarak iyileşirken, tifo taşıyıcıları gibi organizmaları sürekli veya aralıklarla uzun süre taşıyabilen ve dışarı atabilen taşıyıcılardır. Bu taşıyıcılar, sağlıklarına kavuştuktan sonra bile toplum için sürekli tehdit oluşturmaktadır (26).

Bulaşma Yolu

Enfeksiyon etkeninin bir kaynaktan duyarlı konağa bulaşma yoludur. Enfeksiyöz etkenin duyarlı konağa geçişi doğrudan ya da dolaylı yolla olmaktadır. Doğrudan bulaşma, enfekte kişinin, duyarlı kişi (konakçı) ve kontamine beden sıvıları ile doğrudan teması sonucu oluşan bulaşma şeklidir. Doğrudan bulaşmada hiçbir ara bulaşma yolu yoktur. Dolaylı bulaşma ise mikroorganizmanın konakçıya

canlı olmayan cisimler, vektörler, hava, su, gıda ve cerrahi aletler gibi bir aracı ile bulaşmasıdır (26).

Konakçı

Etkenin yerleşip enfeksiyon hastalığının oluşmasına neden olduğu canlıdır. Enfeksiyon etkeni deri, mukozalar, solunum sistemi, gastrointestinal sistem, transplental, organ doku nakli gibi birçok farklı yol ile konakçıya girebilmektedir (27).

Konakçının enfeksiyon etkenine karşı yaş, cinsiyet, genetik özellikler, beslenme, davranış özellikleri gibi özgül olmayan ve hastalıklara karşı gelişen veya aşularla oluşan antikorlar hücresel bağışıklık gibi özgül savunma mekanizmaları vardır (27).

Enfeksiyon zincirini etkileyen bir başka önemli etmen ise çevredir. Aşırı kalabalık, hijyenik olmayan koşullar, güvenli içme suyuna erişememe, iklim değişikliği gibi nedenler enfeksiyon hastalıklarında artışlar oluşturur. Acil durumlar karşısında alınan temel halk sağlığı veya sağlık hizmetleri bazen yetersiz kalmakta olup, nüfus hareketliliği hastalıkların yayılımını kolaylaştırarak bulaş riskini artırmaktadır. Kimi zaman bulaşıcı hastalıklar kolaylıkla sınırları aşabilmekte ve yüksek düzeyde yayılma potansiyeli göstererek salgınlara neden olmaktadır. Yer değiştiren popülasyonda meydana gelen salgınlar, ev sahibi popülasyona da yayılabilmekte ve bunun tersi de geçerli olabilmektedir. Bu nedenle bulaşıcı hastalık salgınlarının ortaya çıkma olasılığı, yerel çevrede var olan enfeksiyon etkenlerinin tipine ve popülasyonun sağlık durumuna bağlıdır (27).

Bazı hastalıkların özgül olmayan semptomlar oluşturması ya da herhangi bir semptom vermeden görülebilmesi nedeniyle hastalığa yakalanan kişiler farkında olmadan hastalığı yayabilmekte ve semptom göstermeyen olgular oluşturabilmektedir. Bazı hastalıklar ise kolayca saptanabilir semptomlarla daha fazla klinik olgu oluşturabilmektedir. Bununla birlikte, hastalığa bir kez maruz kaldığında, klinik veya biyolojik açıdan enfeksiyon belirtilerine sahip olmayan insanlar, hastalığı başka duyarlı kişilere yayabilecek kapasitede olabilirler. Kimi hastalıklar birkaç saat içinde hızla yayılırken, bazı hastalıklar ise daha geniş ölçekte hissedilebilecek bir

dizi etkiyi tetikleyebilecek şekilde sinsice yayılabilmektedir. Belli bir hastalığın ilerleyişinin her aşamasının diğer sektörlerle birlikte analiz edilmesi, hastalık kontrolü için tüm olası noktaları daha gerçekçi ve kapsamlı saptamaya yardımcı olmaktadır (27).

2.5. Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadelede Örgütlenme

“Herkesin bedensel, zihinsel ve toplumsal bakımdan tam bir iyilik durumu içinde yaşamını sürdürmesini sağlamak çerçevesinde halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastalık risklerinin azaltılması ve önlenmesi, tanı, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi, uluslararası önemi olan halk sağlığı risklerinin ülkeye girmesinin önlenmesi, sağlık eğitimi ve araştırma faaliyetlerinin geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinde kullanılan ilaçlar, özel ürünler, ulusal ve uluslararası kontrolü gerekli maddeler, ilaç üretiminde kullanılan etken ve yardımcı maddeler, kozmetikler ve tıbbî aygıtların güvenli ve nitelikli bir şekilde piyasada bulunması, halka ulaştırılması ve fiyatlarının belirlenmesi, insangücünde ve maddî kaynaklarda tasarruf sağlamak ve verimi artırmak, sağlık insan gücünün ülke çapında dengeli dağılımını sağlamak ve bütün paydaşlar arasında işbirliğini gerçekleştirerek yurt çapında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun sağlanması, kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişiler tarafından açılacak sağlık kuruluşlarının ülke çapında planlanması ve yaygınlaştırılması ile ilgili olarak sağlık sistemini yönetmek ve politikaları belirlemek Sağlık Bakanlığı'nın en önde gelen görevidir.” Sağlık politikaları kapsamında sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesi konusunda yeniden örgütlenme amacıyla, 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (HSGM) kurulmuştur (28).

“Bulaşıcı hastalıkların kontrolüne yönelik programlar geliştirmek ve bu programların yürütülmesini sağlamak, bulaşıcı hastalıklarla ilgili verilerin toplanması, analizi, geribildirimlerinin düzenlenmesi ve değerlendirilmesi ile ilgili çalışmaları yürütmek, antimikrobiyal direnç sürveyansı ile ilgili iş ve işlemleri yürütmek, antimikrobiyal direncin kontrolüne yönelik etkinlik yürütmek, sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyonlara yönelik sürveyans çalışmasını yürütmek, görev

alanıyla ilgili diğer sürveyans çalışmalarını yürütmek, bulaşıcı hastalık salgınlarının kontrolüne yönelik faaliyetleri yürütmek, bulaşıcı hastalıklar konusunda halka ve sağlık çalışanlarına yönelik eğitim programları ve materyallerin geliştirilmesini sağlamak, bulaşıcı hastalıklar konusunda sağlık personeli eğitimlerini yürütmek, belirli hastalıkların kontrolü ve tedavisine yönelik ilaç ve malzeme gereksinimlerini belirlemek, temin edilmesini ve dağıtılmasını sağlamak, faaliyet alanlarıyla ilgili eğitim, kongre, sempozyum, panel, çalıştay, seminer vb. etkinlikleri düzenlemek ve düzenlenen ulusal ve uluslararası etkinliklere katkı sağlamak HSGM'ye bağlı Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı'nın görevidir." İlçelerde bu görev yönergede İlçe Sağlık Müdürlüğü (İSM) ve TSM'nindir (29).

Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönergesi ile birlikte taşra teşkilatında yeni yapılanma çalışmaları sonucunda "Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatının görev yetki ve sorumlulukları, kadro ve pozisyon standartları, kadroların ve pozisyonların düzenli ve hizmet gereklerine uygun olarak kullanımı ile çalışma usul ve esasları" düzenlenmiştir. Bu yönergede İSM ve TSM'nin görevleri belirtilmiştir (30).

İlçe Sağlık Müdürlüğü (İSM):

"Madde 7'de;

1. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı İdari ve Hizmet Birimleri Kadro Standartları Yönetmeliğine uygun olarak Bakanlığın ilçe düzeyindeki hizmetlerinin etkili ve verimli yürütülmesini sağlamak amacıyla İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı olarak İlçe Sağlık Müdürlükleri kurulur (30).
2. İlçe Sağlık Müdürlüğü bünyesindeki iş ve işlemleri yürütmek üzere, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verileri esas alınarak nüfusu; 200.000 ile 350.000 arasında olan ilçelere 2'yi, 350.000 ile 500.000 arasında olan ilçelere 3'ü, 500.000 ile 750.000 arasında olan ilçelere 4'ü, 750.000'in üzerinde olan ilçelere 5'i geçmemek üzere müdür tarafından birim kurulabilir. Birimlerin sorumluluğu şube müdürleri ve/veya uzmanlar tarafından yerine getirilir." biçimde tanımlanmıştır (30).

Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM):

“Madde 20;

1. TSM, bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını geliştirmeyi ve korumayı öne alarak sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bu sorunları gidermek için planlama yapan ve bu planları uygulayan, uygulatan, birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini İl Sağlık Müdürlüğü'nün sevk ve idaresinde organize eden, bu hizmetlerin verimli sunulmasını izleyen, değerlendiren ve destekleyen, bölgesinde bulunan sağlık tesisleri ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık birimidir (30).
2. İlçelerde ve 10/07/2004 tarih 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanununa tabi olmayan il merkezlerinde Bakanlığın izni ile TSM kurulabilir. Ancak İSM'nin kurulduğu ilçelerde TSM kurulmaz. TSM'leri kurulmayan ilçelerde bu hizmetler İSM tarafından yürütülür (30).
3. Bakanlık görevlerinin daha etkin ve kesintisiz sunumunu sağlamak için toplum sağlığı merkezleri bünyesinde İl Sağlık Müdürlüğü tarafından çalışanların sağlığı, üreme sağlığı, Kanseri Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM), Çocuk, Ergen ve Kadın Üreme Sağlığı Birimi (ÇEKÜS), Enfeksiyon Kontrol Birimi gibi birimler oluşturulabilir (30).
4. TÜİK verilerine göre toplam nüfusu 500'ün üzerinde olan belde, köy ve mezralarda İl/İlçe Sağlık Müdürlüğü'nün teklifi ve Bakanlığın onayı ile Sağlık Evleri açılabilir. Bir sağlık evine birden fazla belde, köy ve mezra bağlanabilir. Sağlık evleri idari yönden İSM/TSM'ye, hizmet yönünden ise aile hekimlerine bağlı birimlerdir. Sağlık evlerinin görev ve yetkileri Bakanlıkça belirlenir (30).
5. TSM'lerin iş ve işlemleri 05/02/2015 tarih ve 29258 sayılı RG'de yayımlanarak yürürlüğe giren Toplum Sağlığı Merkezleri ve Bağlı Birimler Yönetmeliğine uygun olarak yerine getirilmektedir” (30).

Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği'nde TSM'lerin bulaşıcı hastalıklar, bağışıklama ve salgın kontrolü ile ilgili görevleri şunlardır:

“Madde 14;

1. Bakanlığın veya Kurumun yürüttüğü programlara uygun olarak; bölgesindeki bulaşıcı hastalık ve bağışıklama verilerini toplamak, kayıtlarını tutmak, değerlendirmek, ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği yaparak gerekli tüm tedbirleri almak ve/veya alınmasını sağlamak ve tüm düzeylerde geribildirim yapmak,
2. Bakanlığın veya Kurumun bulaşıcı hastalıklar sürveyansı ve bağışıklama mevzuatına uygun olarak tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının bulaşıcı hastalık ve bağışıklamaya ilişkin bildirimlerinin uygunluğunu izlemek ve kalitesini değerlendirmek, geribildirimlerde bulunmak, bildirimlerde sorun tespit edildiğinde gerekli müdahaleleri yapmak ve/veya gereği için müdürlüğe rapor etmek,
3. Mevzuatla belirlenen bulaşıcı hastalık olgularına yönelik filyasyon çalışmalarını yürütmek ve kayıtlarını tutmak; bu çalışmaları yürütürken, müdürlüğün gerekli gördüğü durumlarda, ilgili aile hekimlerini filyasyon ekibine katarak belirlenen sorunlara yönelik gerekli önlemleri almak veya aldirmek; kişinin kayıtlı olduğu aile hekimi başka bir toplum sağlığı merkezinin bölgesinde ise yapılan filyasyon sonucunu ilgili TSM'ye bildirmek,
4. Bölgenin aşı ve antiserum ile ilgili lojistik malzeme ihtiyacını belirlemek; müdürlük tarafından sağlanan aşı, ilaç, antiserum ve diğer malzemeleri usulüne uygun olarak saklamak; müdürlük ile koordineli olarak bunların, bağışıklama hizmeti veren tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına dağıtımının yapılmasını sağlamak,
5. Soğuk zincir sisteminin düzgün olarak işlemlerini sağlamak; en az aylık dönemlerle, bağışıklama hizmeti veren tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında izleme ve değerlendirme yapmak, belirlediği soğuk zincir kırılmalarını müdürlüğe bildirmek,

6. Başışıklama hizmetleri ve tüberkulin deri testi konusunda sağlık çalışanlarının eğitimlerini planlamak, eğitimleri vermek veya verilmesini sağlamak,
7. Genişletilmiş başışıklama programı kapsamında aile hekimleri tarafından uygulanan başışıklama hizmetlerinin izleme ve değerlendirmesini yapmak,
8. Konu ile ilgili mevzuata göre belli yaş ve nüfus gruplarına uygulanan (okul ağı yaş grubu gibi) aşılama ve destek aşılamalarını Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ile işbirliği içinde yürütmek,
9. Okul ağı, hac ve umre, hareketli nüfus (tarım işçileri, göçmenler gibi) ve riskli bölgede salgın kontrolü aşılamaları dahil, destek aşılama çalışmalarını aile sağlığı merkezleri ile işbirliği içinde yürütmek ya da yürütülmesini sağlamak, bu çalışmalara bölgesindeki sağlık çalışanlarının etkin katılımını sağlamak ve izlemeyi yapmak,
10. Aşı Sonrası İstenmeyen Etki (ASİE) bildirim olması halinde ASİE formunun eksiksiz doldurulmasını sağlamak ve müdürlüğe bildirmek,
11. Gerekli durumlarda aşı, antiserum ve ilaçlar ile ilgili materyalden örnek alınmasını ve müdürlüğe gönderilmesini sağlamak,
12. Aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının bulaşıcı hastalıklar, salgın kontrolü, sürveyans ve başışıklama hizmetleri konusundaki teorik ve uygulamalı eğitimlerini müdürlük ile koordineli olarak planlamak ve uygulanmasını sağlamak,
13. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından gerekli görüldüğü durumlarda gerçekleştirilen aşı kampanyalarını veya aşı uygulamalarını kendi bölgesinde yapmak veya yapılmasını sağlamak, bu çalışmalara bölgesindeki sağlık çalışanlarının etkin katılımının izlemeyi yapmak,
14. Bölgesinde bulaşıcı hastalık salgınına neden olabilecek etmenleri tespit etmek ve izlemek; konu hakkında gerekli önlemleri almak ve/veya alınması için ilgili kurumlarla işbirliği yapmak,
15. Bulaşıcı hastalıklar konusunda halk eğitimi çalışmalarını planlamak ve yürütmek,
16. Bölgesinde bulaşıcı hastalık salgını olduğunda, ilgili mevzuatına göre, aile hekimleriyle birlikte, tüm sağlık kuruluşları ve ilgili diğer kuruluşlarla

- işbirliği yaparak her türlü salgın kontrol önlemlerini almak; bölgesindeki sağlık çalışanlarını, ilgili kurum ve kuruluş çalışanlarını ve halkı bilgilendirerek kişi ve toplum farkındalığı oluşturmak; ilgili kurum ve kuruluşlar tarafından alınan tedbirleri izlemek ve sürdürülmesini sağlamak,
17. Bildirimi zorunlu hastalıklar listesinde yer alan bulaşıcı hastalıkların bildirimlerini kabul etmek; bildirimlerde sorun var ise bunları saptamak ve iyileştirilmesini sağlamak,
 18. Ulusal hastalık kontrol programları çerçevesindeki özel sürveyans çalışmalarını yürütmek; numune nakline yönelik özel besiyerleri, numune nakil kapları gibi özellikli malzemeleri, müdürlükten sağlayarak aile hekimleri ve ilgili birimlere ulaştırmak; numunelerin uygun yöntemlerle alınma durumunu izlemek ve değerlendirmek, numunelerin müdürlüğe uygun koşullarda taşınmasını sağlamak,
 19. Kurum ve müdürlük tarafından bazı bulaşıcı hastalıklara veya bulaşıcı hastalık komplikasyonlarına yönelik olarak temin edilen ilaçların aile hekimleri ve/veya diğer sağlık kurum ve kuruluşları aracılığıyla ilgili kişilere ulaşmasını sağlamak,
 20. Pandemilere (grip, SARS gibi) yönelik bölgesel planları yaparak müdürlüğün onayına sunmak; bu planları aile hekimleri ile paylaşmak ve izlemine yapmak,
 21. Bölgesinde bulaşıcı hastalıklar ve bağışıklama hizmetleri konusunda yapılacak olan saha araştırmalarına katılmak ve destek sağlamak; gerektiğinde bölgesinde sunulan sağlık hizmetlerini değerlendirmek amacıyla saha araştırmaları planlamak ve gerekli izinleri alarak yapmak,
 22. Bölgesinde görülme olasılığı olan veya görülen bulaşıcı hastalıkların önlenmesine yönelik çalışmalarda ilgili birim, kurum ve kuruluşlarla her türlü iş birliğini yapmak,
 23. Bulaşıcı hastalıklar alanında mevzuat ile öngörülen diğer görevleri yapmak”
- (31).

T. C. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının teşkilat yapısı 25/08/2017 tarih ve 30165 sayılı RG’de yayımlanan 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede değişiklik yapılarak yeniden düzenlenmiştir. Kanun Hükmünde Kararname kapsamında T.C. Sağlık Bakanlığı’nın yeniden düzenlenmesi nedeniyle 07/10/2017 tarih ve 30203 sayılı RG’de yayımlanan Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı İdari ve Hizmet Birimleri Kadro Standartları Yönetmeliği’nin Ek-1’in ikinci fıkrası ve 05.02.2015 tarih ve 29258 sayılı RG’de yayımlanarak yürürlüğe giren Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Yönetmeliği’nin 5 inci maddesinin birinci, ikinci ve üçüncü fıkrası gereğince, nüfusu 30.000 ve üzerinde olan ilçeler ile ilçe devlet hastanesi bulunan yerlerdeki TSM’lerin kapatılması, nüfusu 30.000’in altındaki ilçelerde ve Büyükşehir Belediyesi Kanununa tabi olmayan il merkezlerinde açık bulunan TSM’lerin hizmete devam etmesi T. C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü makam onayı ile kabul edilmiştir (82).

2.6. Türkiye’de Bulaşıcı Hastalıkların Kısa Tarihçesi

Bulaşıcı hastalıklar eski çağlardan günümüze sık ve yaygın olarak görülmeleri, başka hastalıklara ve sekellere neden olmaları, işgücü ve maddi kayıplara yol açmaları nedeniyle her zaman ülkelerin öncelikleri arasında yer almış, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, koruma ve kontrol önlemlerinin alınması için birçok çalışma yürütülmüştür (32).

Bulaşıcı hastalıkların mortalitesinin ve morbiditesinin azaltılması amacı ile oluşturulan bulaşıcı hastalıkların sürveyansı çerçevesinde, sağlık politikalarının belirlenmesi, hastalıklara ait kontrol programlarının oluşturulması, bu programların izleme ve değerlendirmelerinin yapılabilmesi ve epidemiyolojik çalışmalara yol gösterici olması için kullanılan temel veri kaynaklarının en önemlilerinden biri, bulaşıcı hastalıkların bildirim sistemi kapsamında elde edilen bilgilerdir (32).

Osmanlı İmparatorluğu döneminde bulaşıcı ve salgın hastalıklarla örgütlü mücadele 1800’lerde başlamıştır. Bu dönemde iki önemli nokta vardır. Birincisi salgın hastalıklara karşı 1831’de başlayan karantina uygulamaları, ikincisi de sağlık

alanında çeşitli düzenlemelerin yapıldığı 1866'da İstanbul'da yapılan Uluslararası Sağlık Konferansı'dır. Bu etkinliklerin hayata geçmesinin gerçek nedeni de, 1831 ve 1865'te görülen ve Osmanlı Devleti'nde geniş alanlara yayılan Kolera salgınlarıdır (33).

Serattiba-i Sultani (Saray Başhekimi) Behçet Efendi'nin 1831'de isteği üzerine Sultan II. Mahmut Han'ın talimatıyla Karadeniz'den gelecek Osmanlı ve ecnebi gemilerine ayrı ayrı karantina alanları tahsis edilmiş ve bu şekilde de Karantina Nezareti kurulmuştur. 1838'de Sultan II. Mahmut'un emriyle İstanbul'un bulaşıcı hastalıklardan, özellikle Veba ve Kolera'dan korunması için Meclis-i Tahaffuz adıyla bir Meclis kurulmuştur. Bu meclis, Meclis-i Tahaffuz-i Ali (Yüksek Karantina Meclisi) ve Meclis-i Tahaffuz-i Sani (Yüksek Karantina Bürosu) olmak üzere iki meclisten meydana gelmiştir. Meclis, öncelikle Akdeniz'den gelen gemi ve yolcularının Çanakkale'de sağlık kontrolünden geçirileceği ve gerekli önlemlerin alınacağı bir merkez kurmuştur. Bu merkez yetkilileri, Akdeniz tarafından gelecek imtiyazlı veya imtiyazsız her gemiyi, İstanbul'a gelmeden önce karantina altına alarak ve bu gemilerde bulunan herkesi istisnasız aynı muameleye tabi tutmuşlardır. 1840'da "Karantina Talimatnamesi" hazırlanmış ve tüm ülkeye dağıtımı sağlanmıştır. Karantina Teşkilatı hem idari hem diğer hususlarda tümüyle Hariciye Nezareti'ne bağlanmıştır. 1839'da Meclis-i Tahaffuz-i Ali, Meclis-i Umur-i Sıhhiye adını alarak İstanbul Limanı hakkında bir tüzük hazırlamıştır. Yirmi altı maddeden oluşan bu tüzükte gemilerin uymak zorunda oldukları kurallar, şüpheli veya bulaşık gemilerin durumları, patentalar (geminin mevcut mürettebatının, taşıdığı yolcuların ve hareket limanının sağlık durumlarını gösteren, gemide bulaşıcı ve salgın hastalık olmadığını bildiren, geminin uğradığı limanlarda uygulanan sağlık tedbirleriyle ilgili bilgileri kapsayan ve limandan ayrılmasında sağlık yönünden sakınca olmadığını gösteren belge) karantina işlemleri ve alınacak tedbirler açıklanmıştır. 1840'da karadan gelecek olan kişi, kervan, araç ve benzerlerine yönelik ayrı bir tüzük hazırlanmıştır. 1837'den başlayarak hac dönemlerinde karantina tedbirleri uygulanmaya başlanmış, hacılara tam anlamıyla sağlık tedbirlerinin uygulanması 1844'ü bulmuştur (33).

Genel sağlık için gerekli görülen karantina önlemlerinin belirlenmesi amacıyla 1851’de lkeler Paris’te toplanmış, karantina hastalıklarını “Veba, iek, Kolera ve Sarıhumma” ile sınırlandırmışlardır. Aynı toplantıda karantina süresi tüm ülkeler için 15 gün olarak belirlenmiştir. 1867’de Meclis-i Tahaffuz “Kolera Nizamnamesi” yayımlanmıştır. Sahil, liman ve hudutlarda karantina hastalıklarının (Kolera, Veba, iek vb.) denetimi için kurulan karantina rgt, zaman içinde karantina iş ve işlemlerini izlemek için yurt dışından hekimlerin getirilmesiyle (Avusturya-Macaristan, Belçika, Fransa, İngiltere, Rusya, Sardunya, Toskana, Almanya ve ABD) ticareti ve limanlardaki hareketleri denetleyen bir kapitülasyon kurumu haline gelmiştir. 1914’te kapitülasyonların kalkması ile birlikte Meclis-i Umur-i Sıhhiye de kapatılmış, yerine bağımsız Türk doktor ve bilim adamlarının yönetiminde “Hudut Sıhhiye Müdüriyeti” kurulmuştur (33).

Birinci Dünya Savaşı sonunda (1918) İstanbul, İtilaf Devletleri tarafından işgal edilince çalışanlarının çoğunluğunun yabancılardan oluştuğu “Beynelmüttefikin Sıhhiye Kontrol İdaresi” kurulmuştur. İstanbul’un işgalden kurtarılmasından sonra 6 Ekim 1923’te bu İdare dağıtılmış, yerine 24 Temmuz 1923’te Lozan Barış Antlaşması’nın imzalanmasıyla “İstanbul Limanı ve Boğazları Sıhhiye Müdüriyeti” kurulmuştur. Bu antlaşmada; danışman unvanıyla Türk memuru statüsündeki 3 Avrupalı doktorun karantina işlemlerinde 5 yıl süreyle çalışmasına izin verilmesi hükmü yer almıştır. 1924’te bu mdriyetin adı “Hudut ve Sevahil Sıhhiyesi Müdüriyeti Umumiyesi” (Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü) olarak değiştirilmiştir. Lozan Barış Antlaşması’nın 23. maddesi hükmü gereği Boğazlar Rejiminin belirlenmesi için 20 Temmuz 1936’da Montrö’de yapılan uluslararası toplantı sonunda imzalanan Boğazlar Rejimi Hakkındaki Sözleşme ile de Boğazlardan geçecek gemilerin bağlı olacakları koşullar belirlenmiştir. Osmanlı Döneminden Türkiye Cumhuriyeti’nin bugününe kadar hizmetini kesintisiz sürdüren Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü; uluslararası giriş noktalarında ve Türk Boğazlarında sağlık hizmetlerini sunmayı sürdürmektedir (33).

Esasen Cumhuriyet döneminin başlangıcından beri Türkiye’de bulaşıcı hastalıklarla mücadele konusuna ağırlık ve öncelik verilmiştir. Bazı rnekler verilecek olur ise; Türkiye’de bulaşıcı hastalıklarla mücadele konusunda UHK

sonrasında birçok yasal düzenleme yapılmıştır. 12.1.1961 tarih ve 10705 sayılı RG’de “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Hakkında Kanun” ile çeşitli düzenlemeler getirilmiştir (73). Türkiye’de Trahom 1930’da yayınlanan UHK’da ihbarı yapılması gereken hastalıklar kapsamına alınmış ve Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti tarafından 14.12.1943’te Trahom Mücadele Talimatnamesi kabul edilmiştir (74). Türkiye’de Sıtma ile mücadele kapsamında 15.02.1946 tarih ve 4871 sayılı RG’de “Sıtma Savaşı Kanunu”, 04.01.1960 tarih ve 7402 sayılı RG’de Sıtmanın İmhası Hakkında Kanun yayınlanmıştır (75). 2016/2 sayılı “Sıtma Hastalığı ile Mücadele Hizmetlerinin Yürütülmesi” Genelgesi ile sürveyans ve önleme çalışmaları, tanı ve laboratuvar hizmetleri, tedavi ve olgu yönetimi ve vektör kontrol çalışmaları kapsamında yapılması gereken çalışmalar belirlenmiştir (34). 18.10.1915’te “Emraz-ı Zühreviyenin Men-i Sirayeti” (Zührevi Hastalıkların Yayılmasının Engellenmesi) hakkında bir nizamname çıkarılarak Sifiliz ile mücadele konusunda ilk yasal adım atılmıştır. 1921’de “Frenginin Men-i Sirâyet ve İntişârının Tahdidi Kanunu” çıkarılmış, 1925’te Frengi Komisyonu oluşturulmuş ve 1930’da yayınlanan UHK hükümleri ile tedavi ve tarama uygulamasına devam edilmiştir. 1933’te Fuhuş ve Fuhuş Yüzünden Bulaşan Zührevi Hastalıklarla Nizamnamesi, 1957’de Frengi Tedavi Yönetmeliği yürürlüğe girmiştir. 19.04.1961 tarih ve 10786 sayılı RG’de yürürlüğe giren ve 1973’te hükümleri değiştirilen “Genel Kadınlar ve Genelevlerin Tabi Olacakları Hükümler ve Fuhuş Yüzünden Bulaşan Zührevi Hastalıklarla Mücadele Tüzüğü” yayınlanmış olup 31.01.1973 tarih ve 7/5786 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile Tüzüğün hükümlerinde değişiklikler yapılmıştır (76). Türkiye’de 1930’da yürürlüğe giren UHK ile Tüberküloz (Verem) BZBH’ler kapsamına alınmıştır. 15.04.1949 tarih ve 7183 sayılı RG’de “Verem Savaşı Hakkında Kanun” yayınlanmıştır (77). Ülkemizde insanlarda kuduz ile ilgili uygulamalar 09.05.2001 tarih ve 7755 sayılı “Kuduz Korunma ve Kontrol Yönergesi” çerçevesinde düzenlenmiştir (78). Sahipsiz hayvanların aşılması, işaretlenmesi ve rehabilitasyonu ile ilgili düzenlemeler ise 5199 sayılı Hayvanları Koruma Kanunu ile 12.05.2006 tarih ve 26166 sayılı RG’de yayımlanarak yürürlüğe giren “Hayvanların Korunmasına Dair Uygulama Yönetmeliği” ile yapılmıştır (79). Evcil, sahipsiz ve yabani hayvanlarda; kuduzdan korunma amaçlı önlemler, koruyucu uygulamalar, hastalık bildirim ve takibi, alınacak önlemler, aşılama, aşı

hayvanların tanımlanması, hastalıktan korunma ve hastalık ile mücadele çalışmalarındaki görev ve sorumluklar 18.01.2012 tarih ve 28177 sayılı RG’de yayımlanarak yürürlüğe giren “Kuduz Hastalığından Korunma ve Kuduz Hastalığı İle Mücadele Yönetmeliği” ile belirlenmiştir (80). 2014/30 sayılı “Kuduzla Mücadele ve Profilaksi Uygulamaları” Genelgesi ile Kuduz olguları ve Kuduz Riskli Temaslılara yaklaşım, Kuduz profilaksi uygulamaları ve bildirimlere ilişkin yapılması gereken çalışmalar belirlenmiş ve Genelge kapsamında “Kuduz Saha Rehberi” yayınlanmıştır (81).

2.7. Türkiye’de Bulaşıcı Hastalıkların Bildirim Mekanizması

Bulaşıcı hastalıkların mortalitesi ve morbiditesinin azaltılması amacı ile oluşturulan bulaşıcı hastalıkların süreyansı sistemi kapsamında, sağlık politikalarının belirlenmesi, hastalıklara ait kontrol programlarının oluşturulması, oluşturulan programların izlenmesi ve gerektiğinde yeni düzenlemeler yapılması amacı ile kullanılan temel veri kaynaklarının en önemlilerinden biri, bulaşıcı hastalıkların ihbarı ve bildirimi ile elde edilen bilgilerdir (34).

Bulaşıcı hastalıkların halk sağlığı açısından tehdit oluşturma özelliği olması ve bu tehditlerin erken saptanarak gerekli koruma ve kontrol önlemlerinin alınabilmesi amacı ile hastalık ihbar ve bildirimlerinin tanı koyan tüm hekimlerce yapılması zorunludur (34).

Türkiye’de bulaşıcı hastalıkların bildirimi hakkında yayımlanan ilk mevzuat 1930’da yayımlanan 1593 sayılı “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu”dur (UHK). Kanun’da sağlık sisteminin genel yapısının yanı sıra bulaşıcı hastalıklara ilişkin anlatımlar da yer almaktadır. Bu bilgilerin yanı sıra aşı yapılması zorunlu olan hastalıklar, evlenmeye engel durumlar gibi maddelerde yer almaktadır. UHK’da bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık (BZBH) sayısı 39 olarak belirlenmiş olup bu hastalıkların bildiriminde standart olgu tanımlarının olması, klinik muayene ile konan tanılarının kabul edilmesi ve tanıda laboratuvar testlerinin zorunlu olması ölçütleri belirtilmiştir. Aynı zamanda BZBH’nin neler olduğu, hastalıkları kimlerin, ne zaman, nasıl ve nereye bildirim yapmaları gerektiği de açıklanmıştır. Bu bilgilerin yanı sıra aşı

yapılması zorunlu olan hastalıklar, evlenmeye engel durumlar gibi maddeler de Kanunda yer almaktadır (34).

Avrupa Birliği (AB) ve DSÖ yapısında yer alan ağırlara dahil olabilmek ve veri paylaşabilmek için sistemlerin uyumlu duruma getirilmesi, standart bildirimlerin toplanması ve olgu tanımlarının standartlaştırılması çalışmaları 2001'de başlatılmış ve 2004'te çalışmalar tamamlanarak 22.10.2004 tarih ve 129 sayılı Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Genelgesi yürürlüğe girmiştir. 2005 Ocak ayından başlanarak bulaşıcı hastalıklar sürveyansı kapsamında yeni bildirim sistemi uygulanmaya başlanmıştır. Bu genelge ile bildirim esas bulaşıcı hastalık sayısı 39'dan 51'e çıkarılmıştır. Bildirimlerde kullanılacak olan standart olgu tanımları geliştirilmiştir. Bildirimden sorumlu birimler arasına laboratuvarlar da dahil edilmiştir. Bazı hastalıklar için sentinel sürveyans sistemi uygulanmaya başlamıştır. Bildirim sistemi kapsamında etken bildiriminin de yapılmaya başlanması belirtilmiştir. Hastalıklar, yürütülmekte olan kontrol programları ve hastalığın özelliğine göre farklılık göstermek üzere her bir hastalık için ihbar ve bildirim nasıl yapılacağı tanımlanarak açıklanmıştır. BZBH ve etkenler A, B, C, D olmak üzere dört grupta toplanmıştır. Bildirim sistemini tanımlayan yönergenin yürütülmesine yol gösteren Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberi hazırlanarak 2005'te yayınlanmıştır. Rehberde olgu tanımları, bildirim şekilleri, bildirim sorumluları, örnek türleri, uygun örnek alımları ve gönderimi konularına yer verilmiştir (34).

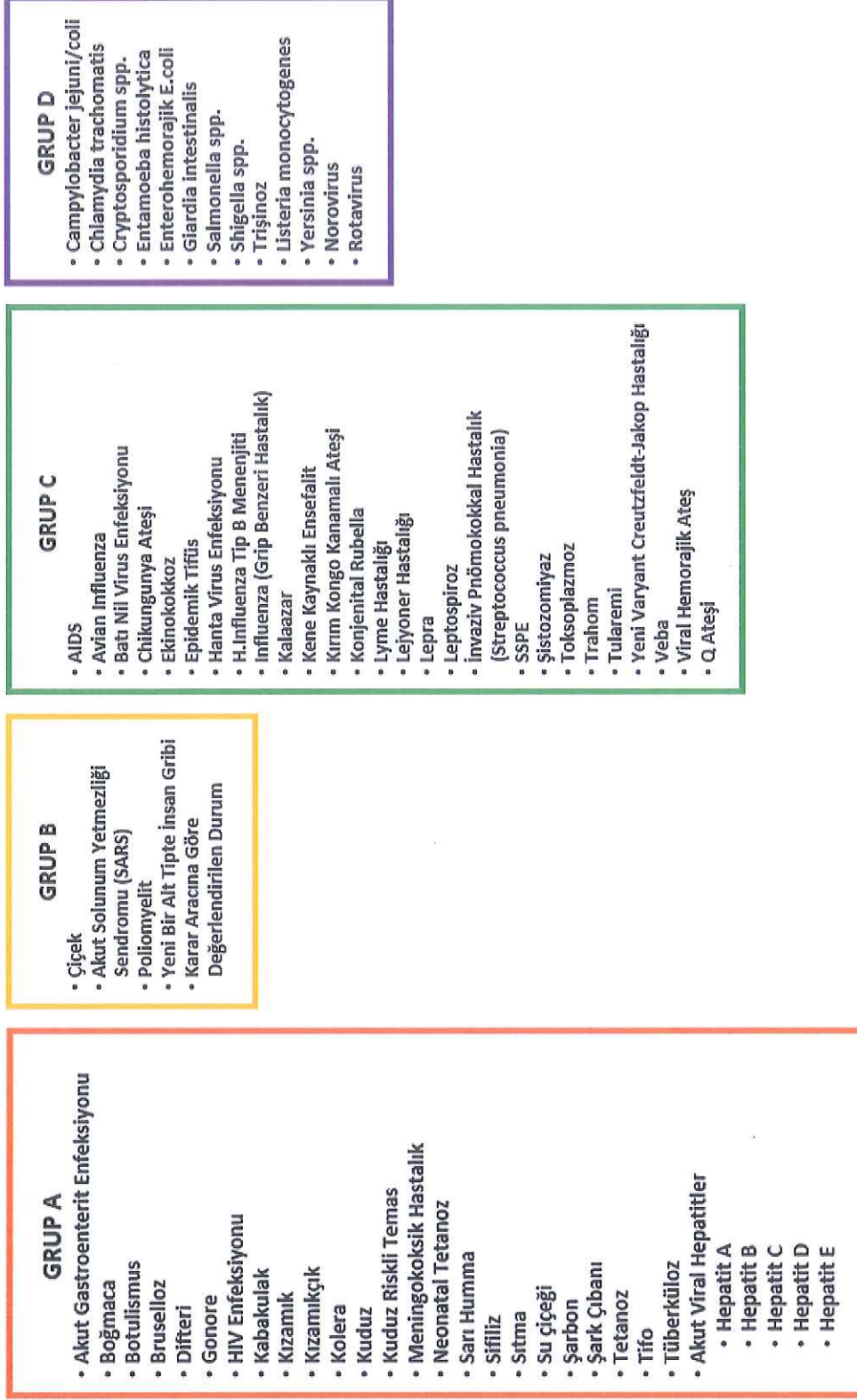
Uluslararası Sağlık Tüzüğü'nün (UST) 2005'te yayınlanmasından sonra gerekliliklerin yerine getirilmesi ve yaşanan bazı hastalıkların sonrasında. 30 Mayıs 2007 tarih ve 26537 sayılı RG'de "Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği" düzenlenmiş ve yayınlanmıştır. Bu yönetmelikte BZBH sayısı 55'e çıkarılarak olgu tanımları yapılmış, UST kapsamında halk sağlığı tehdidi oluşturabilecek durumların belirlenmesi durumunda uluslararası bildirimlerin yapılması, erken uyarı ve cevap biriminin oluşturulması ve erken uyarının evreleri, bulaşıcı hastalık sürveyansında görev alacak koordinasyon komitesi ve buna bağlı çalışacak olan sürveyans ve laboratuvar komisyonlarının düzenlenmesi gerektiği belirtilmiştir. Ayrıca salgınların saptanması ve kontrolü için gerekli olan müdahale

yöntemlerinin belirlenmesi konuları açıklanmış, sürveyans sistemi kapsamında BZBH'nin seçim ölçütleri de belirtilmiştir. Laboratuvarların sürveyans sistemindeki rolü, uluslararası ağlara katılım ve önceden sürveyans sistemi kapsamında yer almayan hastane enfeksiyonları ile antibiyotik direnç sürveyansı kapsamında gerekli düzenlemelerin yapılması da bu yönetmelikte belirtilmiştir (34).

UST, Erken Uyarı Cevap Sistemi ve AB uyum programları kapsamında 2011'de, mevcut 2007 yönetmeliğinde yer alan ve hastalıkların bildirimlerinde kullanılan standart olgu tanımlarında güncellemeler yapılmış, BZBH sayısı 73'e çıkarılmış ve yönetmelik değişikliği ile Bulaşıcı Hastalıkların Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği 02/04/2011 tarih ve 27891 sayılı RG'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir (34).

Ülkemizde tümüyle aile hekimliği sistemine geçilmesi (Temmuz 2010) ve T.C. Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılanması nedeni ile Bulaşıcı Hastalıkların İhbar ve Bildirim Sistemi 2015/18 sayılı genelge ile yeniden güncellenmiştir. Mevcut bildirim sisteminde 2011'de güncellenen Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği'nde yer alan standart olgu tanımları ve tanı ölçütleri kullanılmakta ve algoritmalar ise 2015'te yayınlanan Bulaşıcı Hastalıkların İhbar ve Bildirim Sistemi Genelgesine uygun olarak yürütülmektedir (34).

Bildirimi zorunlu hastalıklar A, B, C, D olmak üzere dört gruba ayrılmış olup farklı algoritmalarla bildirilmektedir. Temel olarak aile hekimlerince AHBS yazılımı kullanılarak Form 014'ü doldurmak ve Sağlık.Net Online'a anlık olarak ya da gün sonunda göndererek bildirim yapılmaktadır. Hastanelerde ise HBYS yazılımlarında hekim tarafından doldurulan Form 014, hastane sürveyans sorumlusu ekranına otomatik olarak düşmektedir. Hastane sürveyans sorumlusu formda eksiklik varsa ilgili hekime tamamlatarak form çıktısını günlük olarak TSM'ye fiziksel olarak gönderimini yapar. Aynı şekilde Form 014'ü elektronik ortamda Sağlık.Net Online'a da göndermektedir (34).



Şekil 2.7.1. Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalık Grupları

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2015/18 sayılı Bulaşıcı Hastalıkların İhbar ve Bildirim Sistemi Genelgesi



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

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Form No : 014

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

BİLDİRİM YAPAN KURUM

İLİ:

İLÇESİ:

KURUM ADI:

BİLDİRİM YAPAN KİŞİ

ADI:

SOYADI:

ÜNVANI:

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

HASTALIK DURUMU		BEYAN ADRESİ	
HASTALIĞIN ADI		ADRES TİPİ	
HASTALIĞIN KODU		İL	
VAKA TİPİ	<input type="checkbox"/> Şüpheli Vaka <input type="checkbox"/> Olası Vaka <input type="checkbox"/> Kesin Vaka	İLÇE	
BELİRTİLERİN BAŞLAMA TARİHİ/...../20.....	BUCAK	
VAKA DURUMU	<input type="checkbox"/> Sağ <input type="checkbox"/> Ölü	KÖY	
		MAHALLE	
		CSBM (Cd. Sk. Biv. Meyd.)	
		DIŞ KAPI NO	
		İÇ KAPI NO	
		İRTİBAT TELEFONU	

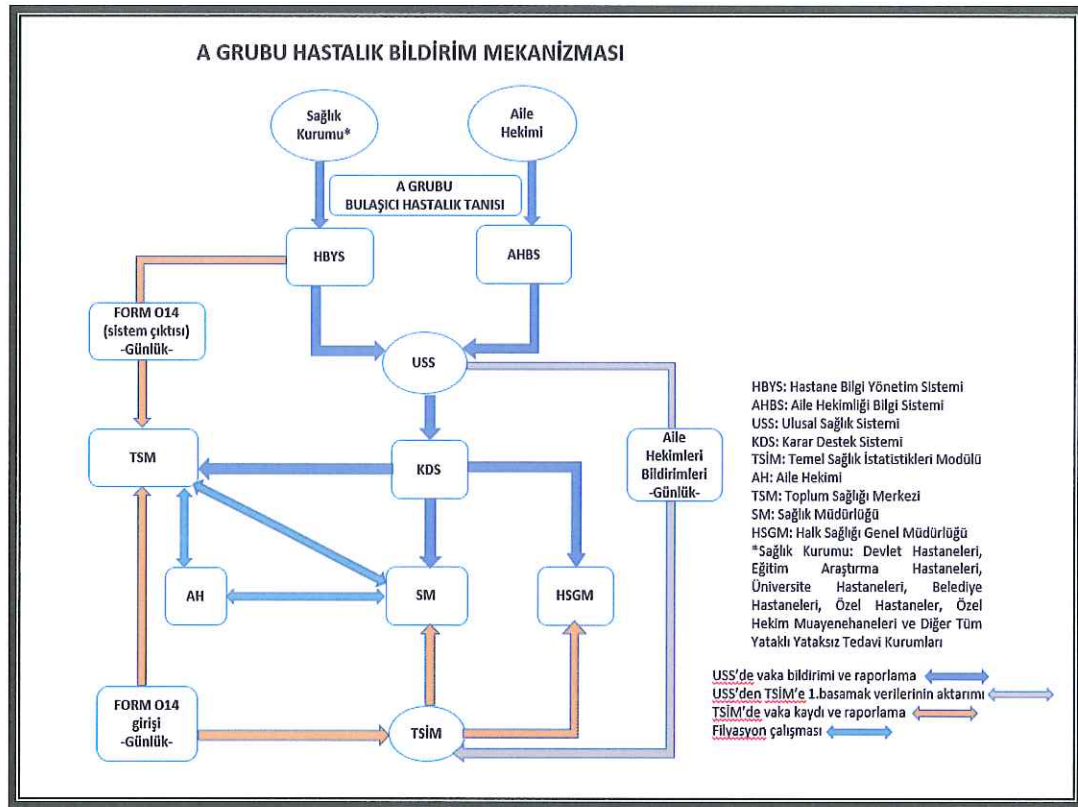
İMZA

Şekil 2.7.2. Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar Bildirim Formu (Form 014)

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2015/18 sayılı Bulaşıcı Hastalıkların İhbar ve Bildirim Sistemi Genelgesi

A Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar

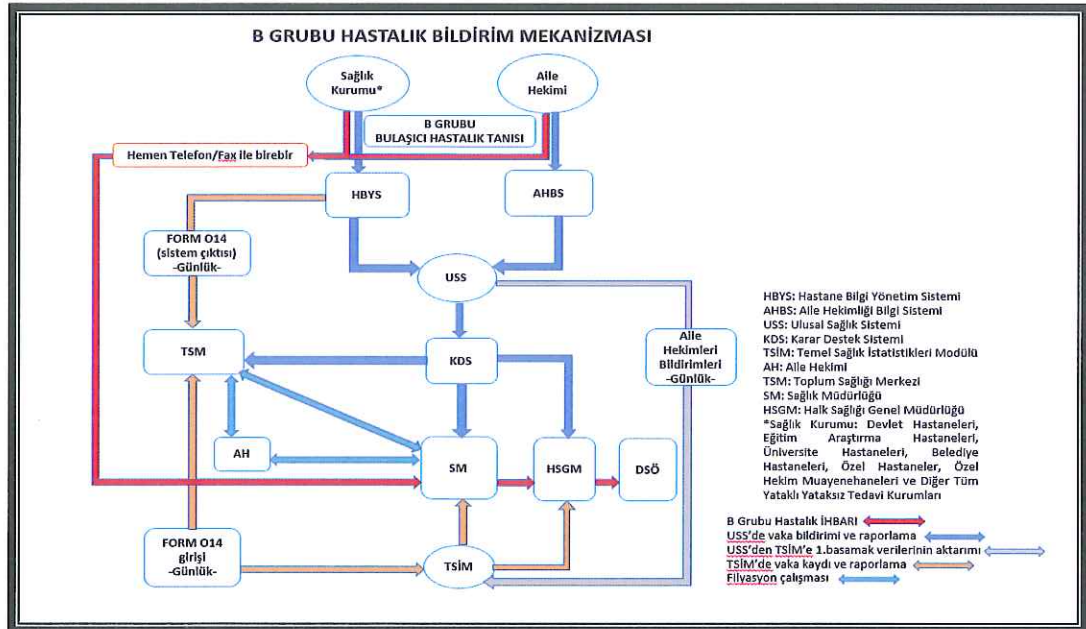
A grubu BZBH ülke genelinde hizmet veren tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan hekimler tarafından bildirim yapılacak hastalıkları kapsamaktadır. Temel olarak aile hekimleri tarafından, AHBS yazılımı kullanılarak Form 014'ü doldurmak ve Sağlık.Net Online'a anlık olarak ya da gün sonunda göndererek bildirim yapılmaktadır. Hastanelerde ise hekim tarafından doldurulan Form 014 hastane sürveyans sorumlusuna otomatik olarak ulaşmaktadır. Hastane sürveyans sorumlusu formda eksiklik varsa ilgili hekime tamamlatarak günlük olarak çıktı ile TSM'ye ve Sağlık.Net Online'a da göndermektedir. Aile hekimlerinin sisteme girdiği bildirim zorunlu hastalıkların AHBS üzerinden doğrudan Temel Sağlık İstatistikleri Modülü'ne (TSİM) geçişi sağlanırken, hastanelerin sisteme girdiği bildirim zorunlu hastalıkların ise Form 014 günlük çıktısı alınarak TSM'lere gönderilerek TSM tarafından TSİM'e geçişi sağlanmaktadır (34).



Şekil 2.7.3. A Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar Bildirim Algoritması (Akış Şeması)
Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2015/18 sayılı Bulaşıcı Hastalıkların İhbar ve Bildirim Sistemi Genelgesi

B Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar

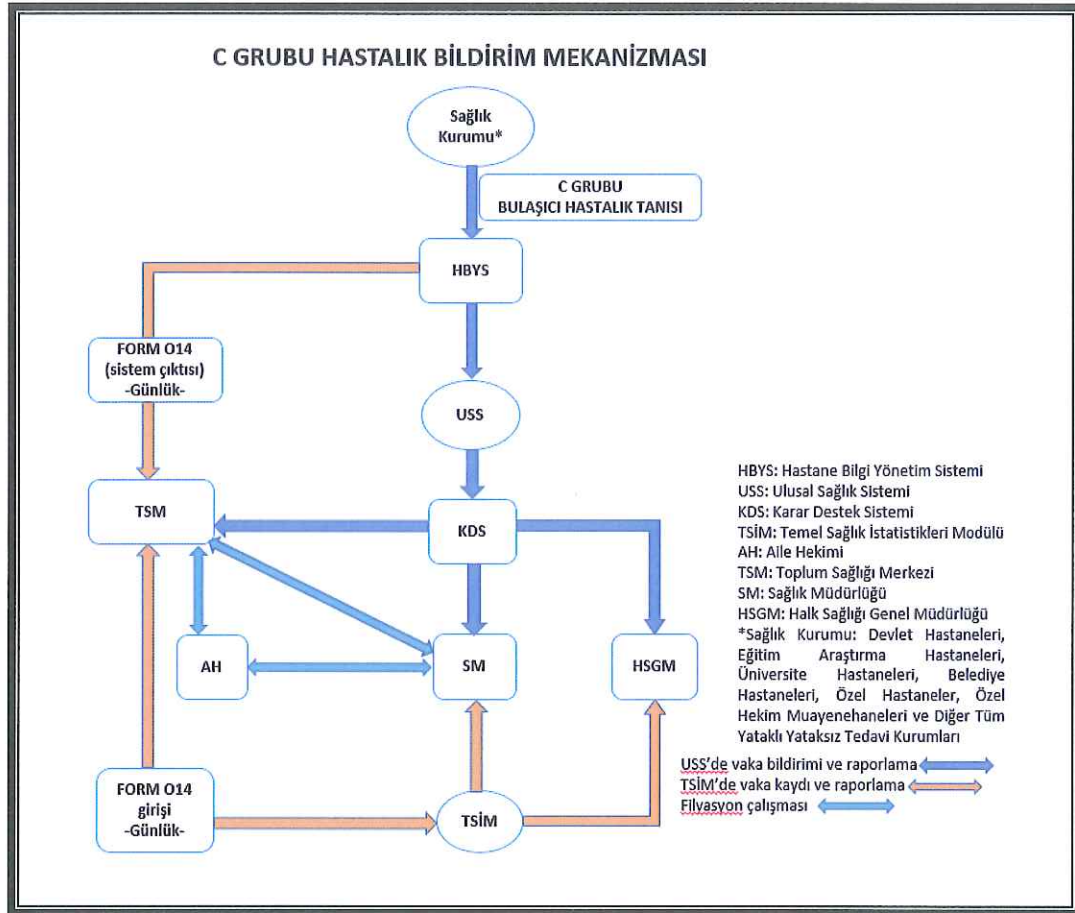
B grubu BZBH, uluslararası bildirim zorunlu olan hastalıkları ve durumları kapsamaktadır. Aile hekimleri tarafından, AHBS yazılımı kullanılarak Form 014'ü doldurarak ve Sağlık.Net Online'a anlık olarak ya da gün sonunda göndererek bildirim yapılırken, hastanelerde ise hekim tarafından doldurulan Form 014 hastane sürveyans sorumlusuna otomatik olarak ulaşmakta ve hastane sürveyans sorumlusu tarafından formda herhangi bir eksiklik var ise ilgili hekime tamamlatılarak günlük olarak çıktı ile TSM'ye ve Sağlık.Net Online'a da gönderilmektedir. Aile hekimlerinin sisteme girdiği bildirim zorunlu hastalıkların AHBS üzerinden doğrudan TSİM'e geçişi sağlanırken, hastanelerin sisteme girdiği BZBH'nin ise Form 014 günlük çıktısı alınarak TSM'lere gönderilerek TSM tarafından TSİM'e geçişi sağlanmaktadır. B grubunda yer alan hastalıklar tespit edildiği anda tek vaka olsa dahi, ivedilikle, en hızlı iletişim aracı kullanılarak doğrudan Sağlık Müdürlüğü'ne (SM) ihbar edilmektedir. SM de ivedilikle en hızlı iletişim araçlarını kullanarak HSGM'ye bildirim yapmaktadır. HSGM bu hastalıklar için uluslararası bildirim yapmaktadır. Hastalık ile ilgili olarak SM ve HSGM kanalı ile inceleme başlatılmaktadır (34).



Şekil 2.7.4. B Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar Bildirim Algoritması (Akış Şeması)
Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2015/18 sayılı Bulaşıcı Hastalıkların İhbar ve Bildirim Sistemi Genelgesi

C Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar

C grubu BZBH'ler tanı koyma kapasitesine sahip yataklı tedavi kurumlarında çalışan hekimler tarafından bildirim yapılacak hastalıkları kapsamaktadır. Hastanelerde bildirim yapan hekim tarafından doldurulan Form 014, hastane sürveyans sorumlusuna otomatik olarak ulaşmaktadır. Hastane sürveyans sorumlusu formda eksiklik varsa ilgili hekime tamamlatarak günlük olarak çıktı ile TSM'ye ve Sağlık.Net Online'a bildirim göndermektedir (34).

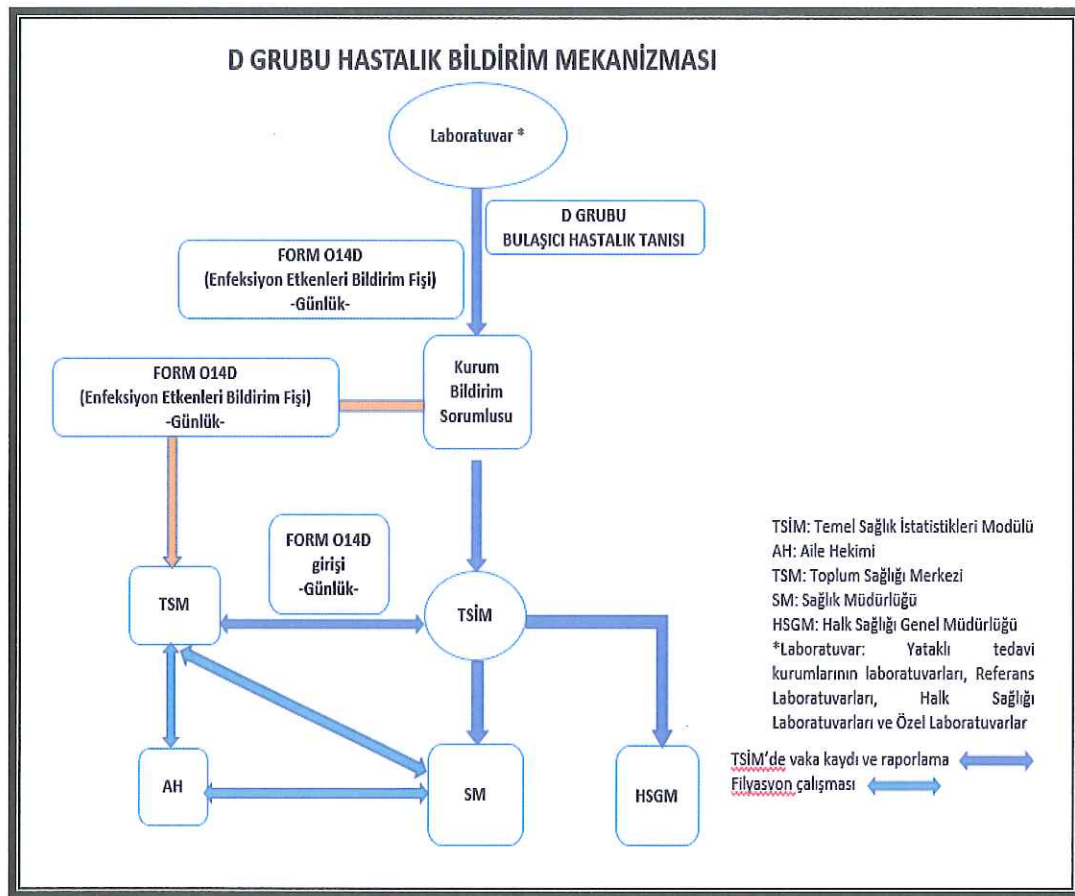


Şekil 2.7.5. C Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar Bildirim Algoritması (Akış Şeması)

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2015/18 sayılı Bulaşıcı Hastalıkların İhbar ve Bildirim Sistemi Genelgesi

D Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar

D grubu BZBH ise tanı koyma yetkisine sahip veya sentinel laboratuvarlar tarafından tespit edilen etkenleri kapsamakta ve laboratuvarlardan enfeksiyöz etkenin bildirim Form 014-D ile yapılmaktadır. Hastanelerde ise hekim tarafından doldurulan Form 014-D hastane sürveyans sorumlusuna otomatik olarak ulaşmaktadır. Hastane sürveyans sorumlusu formda eksiklik varsa hekime tamamlatarak günlük olarak çıktı ile TSM'ye ve Sağlık.Net Online'a bildirim göndermektedir (34).



Şekil 2.7.6. D Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar Bildirim Algoritması (Akış Şeması)

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2015/18 sayılı Bulaşıcı Hastalıkların İhbar ve Bildirim Sistemi Genelgesi



(ACELE)

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

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Form 014-D

GRUP D ENFEKSİYON ETKENLERİ BİLDİRİM FİŞİ

BİLDİRİM YAPAN KURUM

BİLDİRİM YAPAN KİŞİ

İLİ:

ADI:

İLÇESİ:

SOYADI:

KURUM ADI:

ÜNVANI-BRANŞI:

HASTANIN KİMLİK BİLGİLERİ:	
Cinsiyeti	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K
T.C. Kimlik No:	
Adı:	
Soyadı:	
Doğum Tarihi:	.../.../...
Mesleği:	
HASTANIN İKAMET BİLGİLERİ:	
İl:	
İlçe:	
Bucak:	
Köy:	
Mahalle:	
CSBM: (Cd. Sk. Bk. Meyd.)	
Dış Kapı No:	
İç Kapı no:	
İrtibat Telefonu:	

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

İMZA

Şekil 2.7.7. Grup D Enfeksiyon Etkenleri Bildirim Fişi (Form 014-D)

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2015/18 sayılı *Bulaşıcı Hastalıkların İhbar ve Bildirim Sistemi Genelgesi*

2.8. Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıkların Dünya'daki Durumu

Dünya genelinde sağlanan ilerlemelere karşın, anne ve çocuk ölümlerinin azaltılması, beslenmenin iyileştirilmesi ve HIV/AIDS, Tüberküloz, İhmal Edilen Tropikal Hastalıklar, Viral Hepatitler ve Sıtma gibi bulaşıcı hastalıklara karşı mücadelede daha çok ilerleme sağlanması açısından önemli zorlukların sürdüğünü göstermektedir. Pek çok ülkede zayıf sağlık sistemlerinin olması sağlık alanındaki ilerlemelerin önünde bir engel olmaya devam etmekte ve bu durum temel sağlık hizmetlerinin yanı sıra sağlıkla ilgili acil durumlara karşı hazırlıklı olma açısından da çeşitli eksikliklerin ortaya çıkmasıyla sonuçlanmaktadır (35).

DSÖ 2017 sağlık istatistiklerine göre dünya genelinde 2015'te 2,1 milyon insanın HIV ile enfekte olduğu, yaklaşık 1,1 milyon insanın HIV ile ilişkili hastalıklardan dolayı öldüğü ve 2015 sonunda 36,7 milyon insanın HIV ile yaşadığı tahmin edilmektedir. DSÖ Afrika Bölgesi'nin HIV hastalığından en çok etkilenen bölge olduğu ve 15-49 yaş arası yetişkinlerin %4,4'ünün HIV ile yaşadığı ve dünya genelinde 2016 ortalarında HIV ile enfekte 18,2 milyon insanın antiretroviral tedavi aldığı bilinmektedir (36).

Aynı istatistiklerine göre dünyada 2015'te 212 milyon Sıtma olgusu olduğu tahmin edilmektedir. 2000'den günümüze sıtma olgularında %41 düşüş saptandığı ve en fazla azalmanın DSÖ Avrupa Bölgesi'nde 2015'te yeni olguların sayısının sıfır olduğu belirtilmektedir. Dünya çapında Sıtma'dan ölenlerin sayısının 429 bin olduğu ve ölümlerin yaklaşık %92'sinin ve 5 yaşın altındaki çocuklarda yaşandığı DSÖ Afrika Bölgesi'nde olduğu tahmin edilmektedir (37).

Tüberküloz tedavi edilebilir bir hastalık olmasına karşın, önemli bir global sağlık sorunudur. İstatistiklere göre 2017'de dünyada 10,4 milyon kişinin Tüberküloz ile yeni enfekte olduğu, 1,4 milyon kişinin ise Tüberküloz nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir. DSÖ, Tüberküloz insidansı yüz binde 20'nin altında olan ve son 5 yılda insidansı düşme eğiliminde olan ülkelerin, Tüberküloz eliminasyon fazında olduğunu kabul etmektedir. DSÖ Avrupa Bölgesi, çoklu ilaca veya rifampisine dirençli Tüberkülozda en yüksek insidans oranına (100.000'de 14) sahiptir (38).

Dünya çapında 2015'te Hepatit kaynaklı ölümlerin sayısının 1,3 milyon olduğu tahmin edilmektedir (39). Bu ölümlerin akut hepatitler, hepatite bağlı gelişen karaciğer kanseri ve siroz nedeniyle meydana geldiği tahmin edilmektedir. 2015'te dünya genelinde yaklaşık 257 milyon kişinin Hepatit B virüsü enfeksiyonu ile yaşadığı, 71 milyon kişinin ise Hepatit C virüsü taşıdığı tahmin edilmektedir (40). 2016'da dünya genelinde 186 ülkede Hepatit B aşısının uygulandığı ve aşı kapsayıcılığı %84'e ulaştığı belirtilmektedir (41).

Dünya sağlık istatistiklerine göre 2015'te, İhmal Edilen Tropikal Hastalıklar için 1,6 milyar insanın kitlesel veya bireysel tedavi ve bakıma gerek duyduğu bildirilmiştir. Aynı istatistiklere göre bu insanların çoğunun Lenfatik Filariiazis, toprağa bulaşan Helmintiyazlar, Şistozomiyazis, Trachoma ve Onkoserkayazis için kitlesel tedaviye ihtiyaç duyduğu, 2015 yılında daha az insanın Dracunculosis, İnsan Afrika Tripanozomasi ve Visseral leishmaniasis için bireysel tedavi ve bakıma ihtiyaç duyduğu belirtilmiştir (42).

2.9. Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıkların Türkiye'deki Durumu

Türkiye'de yürütülmekte olan Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) Boğmaca, Difteri, Tetanoz, Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Tüberküloz, Poliomyelit, Hepatit B, Hemofilus İnfluenza Tip B, ve İnvaziv Pnömonokokal Hastalık, Hepatit A ve Su çiçeği'ne bağlı hastalıkların morbidite ve mortalitesini azaltmak, bu hastalıkları kontrol altına almak hatta tümünden ortadan kaldırmak amacıyla yürütülmektedir (43).

Maternal ve Neonatal Tetanoz Eliminasyon Programı, Maternal Tetanoz (MT) ve Neonatal Tetanozun (NT) ve bunlara bağlı ölümlerin elimine edilmesi ve bu düzeyin sürdürülmesidir. Hedef, her bölgede 1000 canlı doğumda 1'in altında NT görülmesi ve MT'nin hiç görülmemesi ve bu durumun sürdürülmesi amacıyla yürütülmektedir (43).

Türkiye'de 2005'te 33, 2006'da 18, 2007'de 5, 2008'de 7, 2009'da 1, 2010'da 2 NT olgusu görülmüştür. 2011-2012 ve 2013'te NT olgusu görülmemiştir.

2014'te 1 NT olgusu saptanmıştır. 2015, 2016 ve 2017'de NT olgusu görülmemiştir (43).

Türkiye'de 2002'de başlatılan Kızamık Eliminasyon Programı ile birlikte Kızamık olgu sayıları önemli oranda düşmüş, 2001'de olgu sayısı 31 bin iken 2010'da 7 olguya kadar gerilemiştir. Ancak Türkiye'nin içinde bulunduğu coğrafya konumu ve nüfus hareketliliği nedeniyle Türkiye'ye yurt dışından olgu girmesi (importasyon) riski oluşmaktadır. 2011'de Fransa'dan Türkiye'ye gelen ve D4 genotipi saptanan bir olguyla ve İstanbul'da D9 genotipi saptanan başka bir olguyla ilişkili toplam 111 olgunun görüldüğü yerel bir salgın çıkmıştır. 2012'de yine Romanya'dan gelen bir gruptan İstanbul'da impoite Kızamık bulaşı gerçekleşmiş olup, daha sonraki süreçte bu olgulardan başka iller de etkilenmiş ve 2012-2013 arasında 7.754 olgu tanı almıştır. Türkiye'de tüm bölgelerde yürütülen müdahale çalışmaları ile olgu artışı büyük ölçüde kontrol altına alınmış olup, 2014 başlarından bu yana olgu sayıları azalmıştır. 2016'da bildirilen olgu sayısı 9 olup, hepsi yabancı uyrukludur. 2017'de ise 84 Kızamık olgusu bildirilmiştir (43).

Türkiye'de Viral Hepatitler 2004'ten bu yana BZBH kapsamındadır. 2007 ve 2011'de yayımlanan Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği ile de standart olgu tanımları ve laboratuvar ölçütleri güncellenerek tüm sağlık çalışanlarına duyurulmuştur. 2016'dan bu yana olgu bildirimleri günlük olarak alınarak ve izlenmektedir (43).

Hepatit B aşısı çocukluk çağı aşı takvimine 1998 sonunda girmiştir. 2005-2009 arasında ilk ve ortaöğretime devam eden 8,1 milyon öğrenciye catch-up (yakalama) aşısı yapılmıştır. Yürütülmekte olan Hepatit B Kontrol Programının hedefi, 5 yaş altı çocuklarda Hepatit B insidansını en az 1/100.000 altına düşürmek ve sürdürmektir. Çocukluk çağında ilk dozu doğumda olmak üzere 0-1-6 ay takvimi ile 3 doz aşı uygulanmaktadır. Çocukluk çağı dışında çok geniş bir risk grubuna da ücretsiz aşı uygulanmaktadır. Hepatit B 3. doz aşılama hızı 2003'te %68 iken 2016'da %98 olarak gerçekleşmiştir (43).

Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) halk sağlığı tehditi oluşturan ve başlıca kene tutunması veya keneye temas sonucunda bulaşan zoonotik bir hastalık

olup, Türkiye’de 2017’de toplam 343 KKKK olgusu saptanmıştır. Bu olgulardan 16’sı hastalık nedeniyle yaşamını yitirmiştir (43).

Türkiye’de Leishmaniasis programı kapsamında kutanöz leishmaniasis (Şark çıbanı) olgularının kontrol altına alınması ve hastalığın yayılmasının önlenmesi olguların erken tespiti için sürveyans ve tarama çalışmaları yürütülmekte olup, 2017’de 1.583 Leishmania olgusu saptanmıştır. Hastalığın endemik olduğu ülkelerden gelenlerin Türkiye’de yaşadığı barınma merkezleri ile yoğun olarak buldukları yerleşim yerlerinde Şark çıbanı olgularının erken tanısını sağlamak amacıyla tarama çalışmaları yürütülmektedir. Türkiye’de 2017’de 842 yabancı uyruklu hasta Şark Çıbanı tanısı almıştır (43).

Türkiye’de yerli Sıtma bulaşını olmamakla birlikte yurt dışı kaynaklı Sıtma olguları görülmektedir. 2016’da 208, 2017’de 183 Sıtma olgusu görülmüştür (43).

DSÖ tarafından yayımlanan Küresel Tüberküloz 2017 Raporu’nda Türkiye’nin 2016’da tahmini insidans hızı yüz binde 18 ve tahmini mortalite hızı yüz binde 0,62’dir. Türkiye’nin Tüberküloz insidansı Avrupa Bölgesi ortalamasından düşüktür ve Tüberküloz hasta sayısı ve olgu hızları her yıl yaklaşık %5-7 oranında azalmakta olup, 2016’da toplam Tüberküloz olgu hızı yüz binde 15,6 olarak gerçekleşmiştir (43).

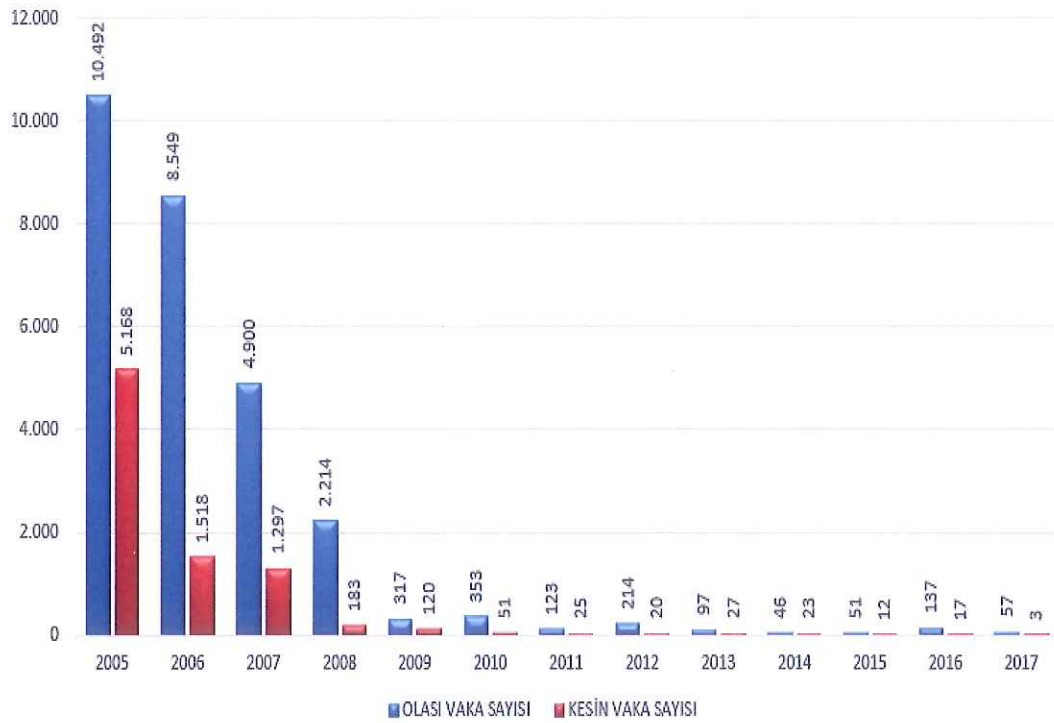
Bulaşıcı hastalıkların ihbarı ve bildirim sistemi rehberi doğrultusunda, Türkiye’de HIV/AIDS olgularının bildirimleri zorunlu olmakla birlikte, hasta kişilerin damgalanmalarını engellemek amacıyla 1994’ten itibaren kodlu bildirim yapılmaktadır. Türkiye’de 1985’ten 1 Aralık 2017’ye kadar doğrulaması yapılan 15.054 HIV (+) kişi ve 1.590 AIDS olgusu olmak üzere toplam 16.644 olgu saptanmıştır (43).

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar olarak izlemi yapılan enfeksiyonların başında Sifiliz gelmektedir. 1 Ocak-31 Aralık 2017 verilerine göre; 1.262’si erkek ve 430’u kadın olmak üzere toplam 1.692 yeni Sifiliz olgusu saptanmıştır (43).

Türkiye’de yürütülmekte olan sürveyanslardan biri de su ve besinlerle bulaşan hastalıkların izlenmesinde kullanılan akut barsak enfeksiyonu sürveyansıdır.

Akut barsak enfeksiyonlarının izlemleri, veri analizleri ve gerekli çalışmaların başlatılabilmesi amacı ile 2005'te su ve besinlerle bulaşan hastalıklar haftalık sürveyansı 81 ilde Mayıs-Ekim ayları arasında başlamıştır. 2010 Mayıs ayından bu yana ise sürveyans, tüm yıl boyunca günlük olarak yapılmaktadır (43).

Türkiye'de su ve besinlerle fekal-oral bulaşan, zaman zaman salgınlara yol açabilen Tifo hastalığı ile mücadelede önemli yer tutan sağlık eğitimi, sağlıklı su kaynaklarının temini ve kontrolleriyle ilgili yapılan çalışmalar sonucunda olgu sayılarında önemli azalma meydana gelmiş olup, 2005'te bildirilen Tifo kesin olgu sayısı 5.168 iken, 2017'de bildirilen Tifo kesin olgu sayısı 3 olarak gerçekleşmiştir (43).



Şekil 2.9.1. Yıllara Göre Tifo Olası ve Kesin Vaka Dağılımı, Türkiye, 2005-2017

Kaynak: T. C. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı 2017 Yılı Faaliyet Raporu, Faaliyetlere İlişkin Bilgi ve Değerlendirmeler, Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele ve Kontrol Programları, S.80-85

2.10. Türkiye’de Tıp Eğitimi Amacı ve Ulusal Çekirdek Eğitim Programı

Türkiye’de tıp fakültelerinin sayısının artmasıyla birlikte tıp eğitiminin iyileştirilmesi ve temel standartlarının oluşturulması için 2001’de tıp eğitimi konusunda Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (Ulusal ÇEP) çalışmalarına başlanmıştır. Aynı yıl çalışmaların yürütülmesi için Tıp Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi oluşturulmuştur. Konsey tarafından tıp fakültelerindeki mezuniyet öncesi eğitimin amaç ve hedefleri doğrultusunda amaç ve hedeflere uygun ilke ve ölçütler belirlenmiş ve sonrasında bu doğrultuda programın oluşturulması çalışmaları yürütülmüştür. Yürütülen çalışmaların sonucunda Ulusal ÇEP 2002’de tamamlanarak Tıp Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi tarafından kabul edilmiş ve 2003-2004 eğitim öğretim yılıyla birlikte uygulamaya konmuştur. Böylece tüm tıp fakültelerinin eğitim programları ulusal anlamda ilk kez tıp eğitiminin belli standartlara göre yapılmasının sağlanması açısından Türkiye’deki tıp eğitimine katkı sağlamıştır. Ancak ilerleyen yıllarda toplumun öncelikli sağlık sorunları ve gereksinimlerindeki değişimler, sağlık hizmet sunumu ve sağlık politikalarında meydana gelen değişimler, Ulusal ÇEP 2002’nin sağlık ve eğitim alanında yaşanan değişimleri kapsayacak biçimde güncellenmesi gereğini doğurmuştur. Bu değişimler doğrultusunda Ulusal ÇEP güncellenerek 2014’te Üniversitelerarası Kurul toplantısında kabul edilmiş ve 2015-2016 eğitim öğretim yılıyla birlikte uygulamaya konmuştur (57).

Ulusal ÇEP tıp fakültelerinin kendi eğitim programlarını geliştirirken temel alacakları çerçeve programdır. Başlangıç noktası eğitim çıktıları ve yeterlilikleri olmak üzere ulusal yeterlilikler çerçevesi üzerine kurulmuş semptom ve durumlarla çekirdek hastalıkları ve temel hekimlik uygulamaları belirlenmiş bir programdır (57).

Türkiye’de uygulanan tıp eğitimindeki temel amaç; öğrencilerin bilgi, hekimlik uygulamaları ve profesyonel değer ve davranışlarda yeterlik kazanmalarınıdır. Mezuniyet öncesi tıp eğitiminin sonunda mezun olan hekimlerin nitelikli sağlık hizmeti sunabilmesi, karşılaşacakları sağlıkla ilgili durumları etkin biçimde anlayabilmeleri, değerlendirebilmeleri ve yönetebilmeleri ve sağlık alanında sorumlu oldukları görevleri nitelikli olarak yerine getirebilmeleri için sahip olması

gereken bilgi, beceri, tutum ve değerler bütünü mezun yeterliliği olarak tanımlanmaktadır (57).

Mezuniyet öncesi Ulusal ÇEP, ülkemizde uygulanması gereken mezuniyet öncesi tıp eğitiminin, ulusal ölçekte ana çerçevesi çizen ve temel dayanaklarını sıralayan ana program olup Ulusal ÇEP'in 4 ana bileşeni, dolayısıyla ülkemizde mezuniyet öncesi tıp eğitiminin 4 temel dayanağı bulunmaktadır. Bunlar **Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Çıktıları/Yeterlik Alanları, Semptomlar ve Durumlar Listesi, Çekirdek Hastalıklar/Klinik Problemler Listesi, Temel Hekimlik Uygulamaları Listesi**'dir (44).

Fakülte Çekirdek Eğitim Programı, her tıp fakültesinin, Ulusal ÇEP çerçevesinde hazırlaması gereken mezuniyet öncesi Fakülte Çekirdek Eğitim Programı (Fakülte ÇEP) veya Fakülte Çerçeve Eğitim Programı (Fakülte ÇerEP); eğitim yaklaşımı ve ilkelerinden eğitim çıktıları/yeterlik alanlarına, öğrenme içeriğinden öğrenme ve değerlendirme yöntemlerine, uygulama sürecinden değerlendirme sürecine kadar bütün boyutlarıyla, kendi fakültesinde uyguladığı tıp eğitimin, ana yapısı ve bileşenlerini, dayandığı temel ilke, yaklaşım ve yöntemlerini içeren esaslar, yollar ve yöntemler bütündür (44).

Eğitim Çıktıları/Yeterlikler; mezuniyet öncesi tıp eğitiminin sonunda, programdan mezun olan hekimin nitelikli bir sağlık hizmeti sunabilmesi, karşı karşıya olduğu sağlıkla ilgili durumları yetkin bir şekilde anlayabilmesi, değerlendirebilmesi ve yönetebilmesi, sağlık alanında üstlendiği görevleri nitelikli bir şekilde yerine getirebilmesi için sahip olması gereken, bu görevler sırasında sergilemesi gereken bilgi, beceri ve değerler bütününden oluşmaktadır (44).

Semptomlar/Durumlar Listesi; hekimin klinik ortamlarda (poliklinik, acil vb) ve diğer ortamlarda (okul, işyeri, yerleşim merkezi vb.) karşı karşıya olduğu ve belirli düzeylerde yönetmesi gereken ilk karşılaşma durumlarını içermektedir (44). Semptomlar/Durumlar Listesi'nin ulusal ve kurumsal düzeydeki tüm eğitim uygulamalarında temel alınması gerektiği belirtilmiş olup, çevresel/küresel durumlar bölümünde belirtildiği üzere toplumda bulaşıcı hastalıklarla mücadele konusuna yer verilmesi istenmektedir (57).

Çekirdek Hastalıklar/Klinik Problemler Performans Listesi, tıp fakültesinden mezun olan hekimin bir hastalık veya klinik problem karşısında sergilemesi gereken performansın asgari düzeyini belirtmektedir Klinik Problemler Listesi, hekimin, kendisine gelen hastanın semptom ve problemleri değerlendirdikten sonra tanısını veya ön tanısını koyduğu apandisit, üriner sistem taş hastalığı gibi hastalıkları veya tanımladığı alerjik reaksiyon, asit, akciğer ödemi gibi “klinik durumları” içermektedir (44).

Temel Hekimlik Uygulamaları Listesi; tıp fakültesinden mezun olan hekimin belirli düzeylerde yapması ve yönetmesi gereken temel hekimlik becerilerini ve uygulamalarını içermektedir. Temel hekimlik uygulamaları; öykü alma, tedaviyi planlama, kayıt tutma ve rapor hazırlama, genel ve soruna yönelik fizik muayene, laboratuvar testleri ve ilgili diğer işlemler, girişimsel ve girişimsel olmayan uygulamalar ve koruyucu hekimliğe yönelik uygulamalardan meydana gelmektedir (57).

Temel hekimlik uygulamaları öğrenme düzeyleri kapsamında tıp fakültesinden mezun olan hekimlerin temel hekimlik uygulamaları sırasında sergilemesi gereken performansın en az düzeyleri belirtilmekte; fakülteler uyguladıkları eğitim süresi içinde, her öğrencinin söz konusu hekimlik uygulamasını, belirlenen asgari düzeyde yapabilir duruma gelmesini sağlamaları gerekmektedir. Bu doğrultuda temel hekimlik uygulamaları kapsamında koruyucu hekimlik ve toplum hekimliği uygulamaları bölümünde toplumda bulaşıcı hastalıklarla mücadele edebilme konusunda tıp fakültesi öğrencilerinin mezuniyet öncesinde öğrenme düzeyinin ön değerlendirme veya değerlendirmeyi yapması, bu konuda gerekli planları oluşturup uygulaması, süreç ve sonuçlarıyla ilgili toplumu, hasta ve yakınlarını bilgilendirmesi şeklinde olması istenmektedir (57).

B. Ü. Tıp Fakültesi Fakülte ÇerEP’te yer alan temel hekimlik uygulamaları listesinde koruyucu hekimlik uygulamaları başlığı altında toplumda bulaşıcı hastalıklarla mücadele edebilme uygulaması bulunmamaktadır. Koruyucu hekimlik uygulamaları kapsamında;

- Kontrasepsiyon yöntemlerini doğru uygulayabilme ve kullanıcıları izleyebilme
- Doğru emzirme yöntemlerini öğretebilme
- Kendi kendine meme muayenesini öğretebilme
- Topluma sağlık eğitimi verebilme
- Toplu yaşam alanlarında enfeksiyonları engelleyici önlemleri alma
- Toplumda sağlıkla ilgili sorunları epidemiyolojik yöntemler kullanarak saptayabilme ve çözüm yollarını ortaya koyabilme
- Aşı uygulayabilme
- Kriz durumlarına müdahale
- Aile danışmanlığı verme
- Mini mental durum muayenesi
- Calvester oryantasyon ölçeği
- İntihara müdahale

konularında tıp fakültesinden mezun olan hekimlerin temel hekimlik becerilerini ve uygulamalarını kazanmaları hedeflenmektedir (44).

Mezuniyet öncesi tıp eğitiminde hastalıklardan korunma, sağlığın geliştirilmesi, toplum katılımı, sağlık yönetimi, iletişim, epidemiyoloji, iş sağlığı, çevre sağlığı, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, kronik hastalıkların kontrolü, yaşlı sağlığı, toplum ruh sağlığı, olağan üstü durum yönetimi, okul sağlığı, demografi, ana çocuk sağlığı gibi konuları içinde barındıran Halk Sağlığı eğitimi oldukça önemli bir yere sahiptir. Halk Sağlığı eğitiminin mezuniyet öncesi tıp eğitiminde verilmesinin temel amacı, sağlık ve hastalık olgusunu sosyal açıdan değerlendirerek kişiyi biyolojik, psikolojik sosyal ve kültürel açılardan ele alabilen, toplumun sağlık sorunlarının önlenmesi ve sağlık düzeyinin geliştirilmesine katkıda bulunabilecek hekimler yetiştirmektir (45).

Tıp eğitiminin toplum gereksinimleri gözetilerek toplum yönelimli tıp eğitimi yaklaşımı Türkiye’de büyük ölçüde Halk Sağlığı eğitiminde gerçekleştirilmektedir. Tıp Fakültesi eğitiminde Dönem 6’da uygulamalı olarak alınan halk sağlığı eğitimi tıp fakültesi öğrencilerinin Birinci Basamak sağlık kuruluşlarındaki hizmet sunumuna etkin olarak katıldıkları tek stajdır (45).

Tıp fakültelerinin eğitim müfredatları ve uygulama yöntemleri farklı olmasına karşın halk sağlığı ve koruyucu hekimlik anlayışının kazandırılması amacıyla tıp fakültesi öğrencileri birinci sınıftan başlayarak halk sağlığı derslerini almaktadır. Birinci sınıftaki derslerin devamında Halk Sağlığı dersleri üçüncü, dördüncü veya beşinci sınıfta staj şeklinde verilmektedir. Tıp fakültelerindeki intörlük eğitiminin amacı ise beş yıl boyunca tıp eğitiminde öğrenilen becerilerin pekiştirilmesi ve tıp fakültesinden mezun bir hekimin sahip olması gereken becerilerin kazandırılmasıdır. Bu noktada tıp fakültelerinde intörlük eğitimi süresince bir ay süreyle Halk Sağlığı stajı yapılmaktadır (45).

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 3 1. Ders Kurulu Programı Halk Sağlığı olup bu program kapsamında bulaşıcı hastalıkların epidemiyolojisi, salgın incelemesi, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların epidemiyolojisi, bildirim ve süreyans sistemleri konularında dersler verilmektedir. Mezuniyet öncesi tıp eğitiminde Dönem 3 ve 6 öğrencilerine Türkiye’de sıklıkla görülen ve günlük hekimlik pratiğinde de sık karşılaşılabilecek enfeksiyon hastalıkları ile ilgili teorik ve uygulamalı bilgiler kazandırılmakta olup Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı tarafından Dönem 6 staj programında Bulaşıcı ve Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıkların Takibinin Önemi ve Uygulanması, Kuduz ve Kuduz Riskli Temasa Yaklaşım, Bruselloz, Viral Hepatitler, Sıtma, Kırım Kongo Kanamalı Ateşi, Olgularla menenjitli hastaya yaklaşım, Dünyada görülen yeni enfeksiyonlar, Türkiye’de görülen yeni enfeksiyonlar (Hantavirus, Batı Nil Ensefaliti), Tularemi, HIV/AIDS, Salmonella ve Kolera, Tüberküloz, Toksoplazmoz, Toksin ile oluşan hastalıklar (Difteri, Boğmaca, Tetanoz) konularında dersler verilmektedir. Dönem 6 intörlük eğitimi çalışma programı içinde Halk Sağlığı stajı yapılmaktadır (58).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri

Bu çalışma Ankara'da Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılmıştır.

3.1.1. Araştırma Bölgesinin Tanıtımı

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, 14 Eylül 1993 tarih 515 sayılı Kanun Hükmündeki Kararıyla dayalı olarak 13 Ocak 1994'te 3961 sayılı Kanun ile kurulmuştur. Türkiye'de sağlık alanında eğitim veren ilk vakıf üniversitesi olma özelliğini taşıyan Başkent Üniversitesinde, Tıp Fakültesi bünyesinde 1993'den bu yana mezuniyet sonrası (tıpta uzmanlık eğitimi), 1998-1999 öğretim yılından bu yana mezuniyet öncesi eğitim (tıp doktorluğu eğitimi) verilmektedir. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesinde eğitim süresi altı yıldır. Halen eğitim dili Türkçe olup, kısa sürede İngilizce Tıp eğitimi programı da başlatılacaktır. Halen müfredatta yer alan zorunlu akademik ve mesleki İngilizce dersleri ile İngilizce eğitim de verilmektedir. Fakültenin klinik öncesi tıp eğitiminin büyük bölümü, kent merkezinin batısında, Eskişehir yolu 20. km'de bulunan Bağlıca yerleşkesinde yürütülmektedir. Klinik tıp eğitimi ise başta Ankara Hastanesi olmak üzere üniversite hastanelerinde verilmektedir (46).

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesinde mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim öğretim yapılanması Temel Tıp Bilimleri, Cerrahi Tıp Bilimleri ve Dahili Tıp Bilimleri Bölümleri şeklinde düzenlenmiştir. Her bölüm ilgili Anabilim ve Bilim Dallarından oluşmaktadır. Tıp eğitimi, mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim birimlerince koordine edilmektedir. Mezuniyet öncesi tıp eğitiminde her dönem (yıl) bir dönem koordinatörü ve yardımcısı/yardımcıları tarafından yönetilmektedir. Tüm koordinatörlerin oluşturduğu Koordinatörler Kurulu, ilgili paydaşlarla birlikte fakülteyedeki tıp eğitimini biçimlendiren ana yapı olarak çalışmaları yürütmektedir (47). Mezuniyet öncesi eğitimde, Tıp Fakültesi'ne yönelik Dönem 1, Dönem 3 ve Dönem 6 öğrencilerine Halk Sağlığı eğitimi verilmektedir. Dönem 1, 6. Ders Kurulu'nda (Tıp ve İnsan) Halk Sağlığı anabilim dalı tarafından toplam 21 saat sosyal

ve koruyucu hekimlik dersi verilmektedir. Bu kurulun amacı öğrencilerin toplumdaki sağlık sorunlarını tanıyabilmelerini sağlamak, sağlığın geliştirilmesi ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için uygulanması gereken koruyucu hekimlik ilkeleri ile halk sağlığı temel kavramlarını öğretmektir. Dönem 3, 1. Ders Kurulu Halk Sağlığı Ders Kurulu olup Halk Sağlığı anabilim dalı tarafından 18 saat araştırma teknikleri, 20 saat epidemiyoloji ve 29 saat sosyal ve koruyucu hekimlik dersi verilmektedir. Bu Kurulun amacı, öğrencilerin Türkiye ve Dünya'daki halk sağlığı sorunlarına yönelik çözüm önerileri geliştirebilmeleri için epidemiyolojinin temel ilkelerini ve araştırma yöntemlerini kullanarak bilgi ve becerilerini artırmaktır. Dönem 6 Halk Sağlığı stajının amacı ise, hekim adaylarını, Türkiye'deki sağlık örgütlenmesi örneğinde, öncelikli sağlık sorunlarını ve bunları etkileyen psikososyal ve ekonomik etmenleri birey, aile ve toplum düzeyinde tanımlayabilen; sistemin işleyişini öğrenebilen; mezun olduğunda sağlık sistemi içindeki kurumsal ve bireysel konumunu öngörebilen; hasta-hekim ilişkilerini ve toplumda bireysel, disiplinler arası ve sektörel işbirliğinin önemini kavrayan bir hekim olarak yetiştirmektir (48). Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi 2017-2018 öğretim yılında toplam 618 öğrenci eğitim almaktadır. Bugüne kadar Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olan toplam öğrenci sayısı 644'tür (46).

Başkent Üniversitesi'nde 1994'te başlayan eğitim-öğretim faaliyetleri 11 Fakülte, 1 Devlet Konservatuarı, 6 Meslek Yüksekokulu, 7 Enstitü ve 22 Araştırma Merkezi ile yürütülmekte olup 33 ön lisans, 63 lisans, 86 Yüksek lisans ve 24 doktora programı bulunmaktadır. Üniversite bünyesinde İngilizce Hazırlık Okulu, Atatürk İlkeleri Uygulama ve Araştırma Merkezi, Dil Araştırma ve Uygulama Merkezi, Kültür ve Sanat Araştırma Merkezi bulunmaktadır. Ayrıca Başkent Üniversitesi'ne bağlı Afet Uygulama ve Araştırma Merkezi, İlk Yardım Eğitim Merkezi, Kadın-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi, Deney Hayvanları Üretim ve Araştırma Merkezi, Mithat Çoruh Kalite Yönetimi Araştırma Merkezi, Stratejik Araştırmalar Merkezi, İnsan Kaynakları ve Kariyer Yönlendirme Merkezi, Eğitim ve Danışmanlık Hizmetleri Merkezi, Psikolojik Danışma ve Rehberlik Merkezi, Ölçümbilim ve Kalibrasyon Uygulama ve Araştırma Merkezi yer almaktadır (46).

3.2. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, Tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnek

Evren:

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitim alan Dönem 3 ve Dönem 6 öğrencilerinin tıp fakültesi eğitiminde Dönem 1'de ve 2'de temel bilimler dersleri almaları, Dönem 1 ve 3'te Halk Sağlığı kurulunda bulaşıcı hastalıklar ve epidemiyoloji derslerini almaları, Dönem 4'te enfeksiyon hastalıkları klinik stajı yapmaları, Dönem 6'da Halk Sağlığı stajında Birinci Basamak sağlık kuruluşları rotasyonları yapmaları ve bulaşıcı hastalıklar semineri aldıkları ve de klinik uygulamalar gerçekleştirdikleri dikkate alınarak, araştırmanın evrenini Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Dönem 3 (86 öğrenci) ve Dönem 6'da (110 öğrenci) okuyan toplam 196 öğrenci oluşturmaktadır.

Örnek:

Bu araştırmada örneklem seçilmemiş olup Dönem 3 ve Dönem 6 öğrencilerinin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Dönem 3 öğrencilerinden araştırmaya katılmayı kabul eden 52 öğrenciye (%60,4) ve Dönem 6 öğrencilerinden 92 öğrenciye (%83,6) anket uygulanmıştır. Araştırma evreninin toplamda %73,4'üne ulaşılmıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

- Yaş
- Cinsiyet
- Tıp Fakültesinde eğitim aldığı dönem
- BZBH'leri bilme durumu
- BZBH'nin bildirimının önemi hakkındaki görüşleri
- BZBH bildirim formu hakkında daha önce eğitim alma durumu
- Laboratuvar tanısı konulan BZBH'nin bildirim formunu bilme durumu
- ASM tarafından bildirim yapılan BZBH'yi bilme durumu
- Uluslararası BZBH'nin adını bilme durumu
- BZBH bildirimlerini kimlerin yapması gerektiğini bilme durumu
- BZBH hakkındaki mevzuatı bilme durumu
- Türkiye'de mevzuata uygun bildirimlerin yapılması konusundaki görüşleri
- Türkiye'de bildirim yapılmadığında karşılaşılabilecek hukuksal yaptırımlar hakkındaki görüşleri
- BZBH'nin bildiriminin sıklığını değerlendirme konusundaki görüşleri
- BZBH'nin bildirim mekanizmasını değerlendirme konusundaki görüşleri
- BZBH'nin bildirim hakkında eğitim alma durumu
- BZBH hakkında alman eğitimi değerlendirme konusundaki görüşleri
- BZBH ve bildirim sistemi hakkında çeşitli eğitim aşamalarında eğitim alma konusundaki görüşler
- Anketin BZBH ve bildirim sistemi hakkındaki farkındalığı artırma açısından değerlendirilmesi konusundaki görüşleri
- Anketin BZBH ve bildirim sistemi hakkında yaklaşım değişikliği oluşturması konusundaki görüşleri

3.5. Araştırmanın Süresi

Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Dönem 3 ve Dönem 6'da okuyan öğrencilere 1 Ekim 2017 - 30 Temmuz 2018 tarihleri arasında yapılmıştır.

Çalışma Takvimi

Ekim 2017	Literatür taraması
Kasım 2017	Araştırma konusunun belirlenmesi ve araştırma önerisinin yazılması
Aralık 2017	Araştırma için gerekli izinlerin alınması
Ocak 2018	Anket formunun ön test uygulaması
Şubat 2018	Anket uygulaması
Mart 2018	Verilerin girişinin yapılması
Nisan 2018	Verilerin analizinin yapılması ve yorumlanması
Mayıs 2018	Raporun yazılması
Haziran 2018	Raporun yazılması
Temmuz 2018	Araştırma raporunun teslim edilmesi

3.6. Araştırmanın Aşamaları

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 3 ve Dönem 6 öğrencilerinin BZBH'lere ilişkin bilgi düzeylerinin ve görüşlerinin incelenmesini amaçlayan bu araştırmanın yapılabilmesi için, Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu'na başvurularak 26.12.2017'de araştırma onayı alınmıştır (Bkz. Ek.1)

Araştırmanın uygulanabilmesi için gerekli onayların alınmasından sonra çalışma takvimi planına göre Şubat 2018'de derse katılan Dönem 3 öğrencilerine ve staj yaptıkları bölümlerde ulaşılan Dönem 6 öğrencilerine araştırmanın amacı, gizlilik ve mahremiyet ilkelerine uyulacağı açıklandıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul eden her bir öğrenciye anket formu dağıtılarak doldurulması sağlanmıştır.

3.6.1. Veri Toplama Formu

Anket formu konu ile ilgili literatür incelemesi sonucunda öğrencilerin BZBH konusundaki bilgi ve görüşlerini belirleyecek sorular belirlenerek oluşturulmuştur.

Anket formu, öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini içeren 3 soru, öğrencilerin BZBH konusundaki bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik 11 soru ve öğrencilerin BZBH hakkındaki görüşlerini ölçmeye yönelik 11 soru olmak üzere toplam 25 sorudan oluşmaktadır (Bkz. Ek.2).

Anket formu aracılığıyla öğrencilerin bazı sosyo-demografik özellikleri, BZBH'lar konusundaki bilgi düzeyleri, BZBH'lar hakkındaki görüşleri ve önerileri hakkında bilgi toplanması amaçlanmıştır.

3.6.2. Ön Deneme

Hazırlanan anket formunun ön denemesi Ankara'da diğer üniversitelerin tıp fakültesinde Dönem 3 (5 öğrenci) ve Dönem 6 (5 öğrenci)'da okuyan toplam 10 öğrenciye okuduğu üniversite dışında uygulanmıştır. Ön denemede anket formunun doldurulması ile ilgili karşılaşılan aksaklıklar ve eksiklikler belirlenerek gerekli düzenlemeler gerçekleştirildikten sonra anket formunun son hali çoğaltılmıştır.

3.6.3. Veri Toplama Şekli

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 3 ve Dönem 6 öğrencilerinin BZBH'lere ilişkin bilgi düzeylerinin ve görüşlerinin değerlendirilmesi kapsamında öğrencilerin BZBH'ler konusundaki bilgi düzeyleri ve görüşlerinin belirlenmesi amacıyla anket oluşturulmuştur.

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 01-15 Şubat 2018 tarihleri arasında Dönem 3 ve Dönem 6'da eğitim alan toplam 196 öğrenciden ankete katılmayı kabul eden 144 öğrenci (%73,4) anket formunu doldurmuştur.

Gizlilik ve mahremiyet ilkelerine uygun olarak anket formuna öğrencilerin adı soyadı veya kimliğini belirten herhangi bir bilgi yazılmamıştır.

Araştırma verilerinin toplanması amacıyla 01-15 Şubat 2018 tarihleri arasında yapılan anket uygulaması sonrasında elde edilen veriler ayrı ayrı değerlendirildikten sonra BZBH konusunda öğrencilerin bilgi düzey ve görüşleri ile ilgili verilerin karşılaştırması yapılmıştır.

3.7. Araştırmanın Veri Analizi

Veriler IBM SPSS versiyon 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı ile analiz edilmiştir. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak, sürekli değişkenler ortalama±standart sapma değerleri ile sunulmuştur. Gruplar arası karşılaştırmalarda Ki-kare testi kullanılmıştır. İstatiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü:

Araştırma, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılacağı için, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığından ve Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulundan gerekli izin alınmıştır. Ankete katılmayı kabul eden öğrencilere anket formuna ad, soyad ve kimliklerini belirten herhangi bir bilginin yazılmayacağı, araştırmada yer alan tüm bilgilerin bilimsel amaçla kullanılacağı, gizlilik ve mahremiyet ilkelerine uygun olarak elde edilen tüm bilgilerin gizli tutulacağı, başka kişilerle paylaşılmayacağı konularında gerekli açıklama yapılarak sözel onamları alınmıştır.

Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:KA17/343) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

3.9. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Bu araştırma Tıp Fakültesi 2017-2018 öğretim yılı Dönem 3 ve Dönem 6 öğrencilerinin bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklara ilişkin bilgi düzeylerinin ve görüşlerinin değerlendirilmesini amaçlamaktadır.

Dönem 3 öğrencilerine anket uygulaması iki kez ve ders sonunda yapılmıştır. İlk uygulamada kurul sonu sınavı öncesi döneme denk gelmesi ve derse giren öğrenci sayısının az olması nedeniyle, ikinci bir uygulama yapılmıştır. İkinci kez yapılan anket uygulaması öğrencilerin kurul başlangıcı derslerine denk geldiği için, anketler derse başlamadan önce uygulanmıştır.

Dönem 3 öğrencilerinden araştırmaya katılmayı kabul eden 52 öğrenciye (%60,4) anket uygulanmıştır.

Anket uygulaması sırasında özellikle bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıkların hangileri olduğu ve hangi gruplarda yer aldığıyla ilgili sorularda ve anket formunda yer alan diğer açık uçlu sorularda Dönem 6 öğrencileri staj yaptıkları servislerin yoğunluğu nedeniyle soruları yanıtlamada kısıtlılık yaşamışlardır. Dönem 6 öğrencilerinden 92 öğrenciye (%83,6) anket uygulanmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmada Donem 3 (52 ogrenci) ve Donem 6 (92 ogrenci)'da okuyan toplam 144 tıp fakultesi ogrencisine anket formu uygulanmıştır. Bulgular uc bolumde incelenmiştir.

1. Araştırma grubunun bazı sosyo-demografik ozellikleri
2. Araştırma grubunun bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar konusundaki bilgileri
3. Araştırma grubunun bildirim sistemi konusundaki goruşleri

4.1. Araştırma Grubunun Bazı Sosyo-Demografik Özellikleri

Tablo 4.1.1. Ankete katılan öğrencilerin okudukları dönem, cinsiyet ve yaş gruplarına göre dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018).

Dönem	Sayı	%*
3	52	36,1
6	92	63,9
Cinsiyet		
Kadın	101	70,1
Erkek	43	29,9
Yaş		
20	29	20,1
21	20	13,9
22	2	1,4
23	36	25,0
24	36	25,0
25	14	9,7
26	4	2,8
27	3	2,1
Toplam	144	100,0

Yaş ortalaması 22,72 ±1,88 Min – Maks: 20 - 27

*Sütun yüzdesi

Ankete katılanların %36,1'i Dönem 3, %63,9'u ise Dönem 6'da eğitim alan öğrencilerdir (Tablo 4.1.1).

Araştırma grubundaki öğrencilerin %70,1'inin kadın, %29,9'unun erkek olduğu, %50,0'sinin 23-24 yaşlarında oldukları saptanmıştır. Yaş ortalamasının 22,72 ±1,88 olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.1).

4.2. Araştırma Grubunun Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar Konusundaki Bilgileri

Tablo 4.2.1. Ankete katılan öğrencilerin bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıkların (BZBH) bildirim grubu ve sayısına göre bilgi durumu dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018).

BZBH grubu ve sayısı hakkında bilgi durumu	Dönem 3		Dönem 6		Toplam		Ki-kare değeri, p***
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	
Doğru bilgi	10	19,2	29	31,5	39	27,1	$\chi^2=3,846, p=0,15$
Yanlış bilgi	20	38,5	37	40,2	57	39,6	
Bilmiyor	22	42,3	26	28,3	48	33,3	
Toplam**	52	36,1	92	63,9	144	100,0	

*Sütun yüzdesi **Satur yüzdesi ***Dönem 3 ve 6 karşılaştırılmıştır.

Ankete katılan öğrencilerin BZBH'lerin bildirim grubu ve sayısı hakkındaki bilgi durumları incelendiğinde, öğrencilerin %27,1'inin BZBH'lerin bildirim grubunu ve sayısını doğru bildiği, %72,9'unun ise BZBH'lerin bildirim gruplarını ve sayısını yanlış bildiği ya da bilmediği saptanmıştır (Tablo 4.2.1).

Dönem 3 öğrencilerinin %19,2'sinin, Dönem 6 öğrencilerinin ise %31,5'inin BZBH'lerin bildirim gruplarını ve sayısını doğru bildiği belirlenmiştir. Aradaki fark istatistiki açıdan anlamlı değildir ($p>0,05$) (Tablo 4.2.1).

Tablo 4.2.2. Ankete katılan öğrencilerin bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıkları doğru bilme durumu (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018).

	Dönem 3 (n=52)		Dönem 6 (n=92)		Toplam (n=144)	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*
BZBH'yi doğru bilme durumu						
Veba	50	96,2	79	85,9	129	89,6
Çiçek	43	82,7	83	90,2	126	87,5
Tüberküloz	36	69,2	73	79,3	109	75,7
Kolera	40	76,9	67	72,8	107	74,3
HIV/AIDS	37	71,2	67	72,8	104	72,2
Uyuz	35	67,3	66	71,7	101	70,1
Kuduz Riskli Temas	32	61,5	66	71,7	98	68,1
Sıtma	34	65,4	62	67,4	96	66,7
Poliomyelit	30	57,7	63	68,5	93	64,6
El-Ayak-Ağız Hastalığı	30	57,7	62	67,4	92	63,9
Epidemik Tifüs	30	57,7	62	67,4	92	63,9
Şarbon	27	51,9	64	69,6	91	63,2
Kızıl	38	73,1	52	56,5	90	62,5
Tifo	28	53,8	60	65,2	88	61,1
Beşinci Hastalık	21	40,4	60	65,2	81	56,2
Tularemi	17	32,7	64	69,6	81	56,2
Difteri	33	63,5	39	42,4	72	50,0
Leishmaniasis	16	30,8	40	43,5	56	38,9
Bruselloz	10	19,2	46	50,0	56	38,9
Meningokokkal Hastalık	10	19,2	42	45,7	52	36,1
Boğmaca	17	32,7	31	33,7	48	33,3
Su çiçeği	13	25,0	35	38,0	48	33,3
Şark Çıbanı	9	17,3	39	42,4	48	33,3
Chlamydia trachomatis	20	38,5	23	25,0	43	29,9
Lejyoner Hastalığı	13	25,0	25	27,2	38	26,4
Enterohemorajik E.coli	9	17,3	28	30,4	37	25,7
Tetanoz	7	13,5	29	31,5	36	25,0
Entamoeba histolytica	7	13,5	24	26,1	31	21,5
Rotavirus	8	15,4	15	16,3	23	16,0
Giardia intestinalis	4	7,7	16	17,4	20	13,9

*1'den fazla hastalık işaretlenebildiğinden yüzdeler n üzerinden hesaplanmıştır.

Ankete katılan öğrencilerin eğitim aldıkları döneme göre BZBH'leri doğru bilme durumu incelendiğinde, Dönem 3 öğrencilerinin %96,2'sinin Veba'nın, %82,7'sinin Çiçek'in, %76,9'unun Kolera'nın, %73,1'i Kızıl'ın, %71,2'si HIV/AIDS'in BZBH olduğunu bildiği saptanmıştır. Dönem 6 öğrencilerinin

%90,2'si Çiçek'in, %85,9'u Veba'nın, %79,3'ü Tüberküloz'un, %72,8'i HIV/AIDS'in, %72,8'i Kolera'nın BZBH olduğunu bildiği belirlenmiştir (Tablo 4.2.2).

Ankete katılan öğrencilerin sadece %33,3'ünün Suçiçeği'ni, %29,9'unun Chlamydia trachomatis'i, %25,0'nın Tetanoz'u, %25,7'sinin Enterohemorajik E.coli'yi, %21,5'inin Entamoeba histolytica'yı, %16,0'nın Rotavirus'u ve %13,9'unun Giardia intestinalis'i BZBH olduğunu doğru bildiği saptanmıştır (Tablo 4.2.2).

- Dönem 3 öğrencilerinin %73,1'i, Dönem 6 öğrencilerinin %56,5'i Kızıl'ın BZBH olmadığını belirtmiştir (Tablo 4.2.2).
- Dönem 3 öğrencilerinin %40,4'ünün, Dönem 6 öğrencilerinin %65,2'sinin Beşinci Hastalığın BZBH olmadığını bildiği saptanmıştır (Tablo 4.2.2).
- Dönem 3 öğrencilerinin %53,8'inin, Dönem 6 öğrencilerinin %65,2'sinin Tifo hastalığının BZBH olduğunu bildiği belirlenmiştir (Tablo 4.2.2).
- Dönem 3 öğrencilerinin %63,5'inin Difteri'nin BZBH olduğunu bildiği, buna karşılık Dönem 6 öğrencilerinin %42,4'ünün Difteri'nin BZBH olduğunu bildiği saptanmıştır (Tablo 4.2.2).
- Dönem 3 öğrencilerinin %38,5'i Chlamydia trachomatis'in BZBH olduğunu belirtirken, Dönem 6 öğrencilerinin %25,0'ı Chlamydia trachomatis'in BZBH olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.2.2).

Tablo 4.2.3. Ankete katılan öğrencilerin A, B, C ve D grubu bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar hakkındaki bilgi durumunun dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018).

	Dönem 3		Dönem 6		Toplam		Ki,-kare değeri, p***
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	
A grubu BZBH hakkında bilgi durumu							
Doğru	2	3,8	11	12,0	13	9,0	$\chi^2=7,097$, p=0,07
Yanlış	11	21,2	30	32,6	41	28,5	
Bilmiyor	39	75,0	51	55,4	90	62,5	
B grubu BZBH hakkında bilgi durumu							Ki,-kare değeri, p***
Doğru	4	7,7	18	19,6	22	15,3	$\chi^2=7,186$, p=0,07
Yanlış	9	17,3	24	26,0	33	22,9	
Bilmiyor	39	75,0	50	54,4	89	61,8	
C grubu BZBH hakkında bilgi durumu							Ki,-kare değeri, p***
Doğru	3	5,8	9	9,8	12	8,3	$\chi^2=7,317$, p=0,06
Yanlış	10	19,2	32	34,8	42	29,2	
Bilmiyor	39	75,0	51	55,4	90	62,5	
D grubu BZBH hakkında bilgi durumu							Ki,-kare değeri, p***
Doğru	5	9,6	18	19,6	23	16,0	$\chi^2=7,251$, p=0,06
Yanlış	8	15,4	23	25,0	31	21,5	
Bilmiyor	39	75,0	51	55,4	90	62,5	
Toplam**	52	36,1	92	63,9	144	100,0	

*Sütun yüzdesi **Satur yüzdesi ***Dönem 3 ve 6 karşılaştırılmıştır.

Anket formunda, BZBH'lerden önemli birkaç hastalık ismi verilerek hastalıkların gruplarını belirlemeye yönelik Dönem 3 ve Dönem 6 öğrencilerinin bilgi durumları incelendiğinde, ankete katılan tüm öğrencilerin sadece %9,0'nın A grubu BZBH'leri doğru bildiği saptanmıştır. Doğru bilme durumunda Dönem 3 ve 6 öğrencileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 4.2.3).

Ankete katılan öğrencilerin %15,3'nün B grubu BZBH'leri doğru bildiği saptanmıştır. Doğru bilme durumlarında ankete katılan Dönem 3 öğrencilerinin %7,7'sinin, Dönem 6 öğrencilerinin %19,6'sının B grubu BZBH'leri doğru bildiği

belirlenmiştir. Aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.2.3).

Ankete katılan öğrencilerin sadece %8,3'ünün **C grubu BZBH'leri** doğru bildiği saptanmıştır. Dönem 6 öğrencilerinin doğru bilme düzeyi biraz daha yüksek ise de aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.2.3).

Ankete katılan öğrencilerin sadece %16'sının **D grubu BZBH'leri** doğru bildiği saptanmıştır. Ankete katılan Dönem 3 öğrencilerinin %9,6'sının, Dönem 6 öğrencilerinin %19,6'sının D grubu BZBH'leri doğru bildiği belirlenmiştir. Aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.2.3).

Tablo 4.2.4. Ankete katılan öğrencilerin A, B, C ve D grubu bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıkların özelliklerini bilme durumunun dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018).

	Dönem 3		Dönem 6		Toplam		
A grubu							
BZBH özelliklerini bilme durumu	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Ki,-kare değeri, p***
Doğru	14	26,9	29	31,5	43	29,9	$\chi^2=3,595, p=0,31$
Yanlış	7	13,5	19	20,7	26	18,1	
Bilmiyor	31	59,6	44	47,8	75	52,0	
B grubu							
BZBH özelliklerini bilme durumu							Ki,-kare değeri, p***
Doğru	5	9,6	16	17,3	21	14,6	$\chi^2=6,102, p=0,11$
Yanlış	16	30,8	34	37,0	50	34,7	
Bilmiyor	31	59,6	42	45,7	73	50,7	
C grubu							
BZBH özelliklerini bilme durumu							Ki,-kare değeri, p***
Doğru	5	9,6	22	23,9	27	18,8	$\chi^2=3,021, p=0,22$
Yanlış	16	30,8	26	28,3	42	29,2	
Bilmiyor	31	59,6	44	47,8	75	52,0	
D grubu							
BZBH özelliklerini bilme durumu							Ki,-kare değeri, p***
Doğru	5	9,6	22	23,9	27	18,8	$\chi^2=4,214, p=0,24$
Yanlış	16	30,8	26	28,3	42	29,2	
Bilmiyor	31	59,6	44	47,8	75	52,0	
Toplam**	52	36,1	92	63,9	144	100,0	

*Sütun yüzdesi **Satır yüzdesi ***Dönem 3 ve 6 karşılaştırılmıştır.

BZBH gruplarının özelliklerinin verilerek hastalıkların gruplarının belirtilmesine yönelik Dönem 3 ve Dönem 6 öğrencilerinin bilgi durumları incelendiğinde, ankete katılan tüm öğrencilerin %29,9'unun A grubu BZBH'lerin özelliklerini doğru bildiği belirlenmiştir (Tablo 4.2.4).

Dönem 3 öğrencilerinin %26,9'unun, Dönem 6 öğrencilerinin ise %31,5'inin A grubu BZBH'lerin özelliklerini doğru bildiği saptanmıştır. Aradaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 4.2.4).

Ankete katılan öğrencilerin %14,6'sının B grubu BZBH'lerin özelliklerini doğru bildiği belirlenmiştir (Tablo 4.2.4).

Dönem 3 öğrencilerinin %9,6'sının Dönem 6 öğrencilerinin ise %17,3'ünün B grubu BZBH'lerin özelliklerini doğru bildiği saptanmıştır. Aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.2.4).

Ankete katılan öğrencilerin %18,8'inin C grubu BZBH'lerin özelliklerini doğru bildiği belirlenmiştir (Tablo 4.2.4).

Dönem 3 öğrencilerinin %9,6'sının Dönem 6 öğrencilerinin ise %23,9'unun C grubu BZBH'lerin özelliklerini doğru bildiği saptanmıştır. Aradaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 4.2.4).

Ankete katılan öğrencilerin %18,8'inin D grubu BZBH'lerin özelliklerini doğru bildiği belirlenmiştir (Tablo 4.2.4).

Dönem 3 öğrencilerinin %9,6'sının Dönem 6 öğrencilerinin ise %23,9'unun D grubu BZBH'lerin özelliklerini doğru bildiği saptanmıştır. Aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.2.4).

Tablo 4.2.5. Ankete katılan öğrencilerin bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıkların bildiriminde kullanılan Form 014'ü bilme durumunun dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018).

Form 014'ü bilme durumu	Dönem 3		Dönem 6		Toplam		Ki,-kare değeri, p***
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	
Doğru	4	7,7	26	28,3	30	20,8	$\chi^2=14,444, p=0,02$
Yanlış	8	15,4	23	25,0	31	21,6	
Bilmiyor	40	76,9	43	46,7	83	57,6	
Toplam**	52	36,1	92	63,9	144	100,0	

*Sütun yüzdesi **Satır yüzdesi ***Dönem 3 ve 6 karşılaştırılmıştır.

Ankete katılan öğrencilerin %20,8'inin BZBH'lerin bildiriminde kullanılan Form 014'ü doğru bildiği saptanmıştır (Tablo 4.2.5).

Dönem 3 öğrencilerinin %7,7'sinin, Dönem 6 öğrencilerinin %28,3'ünün BZBH'lerin bildiriminde kullanılan Form 014'ü doğru bildiği belirlenmiştir (Tablo 4.2.5).

Form 014'ü bilme durumu açısından dönemler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Dönem 6 öğrencilerinin doğru yanıtlama oranı Dönem 3 öğrencilerinden daha yüksektir (Tablo 4.2.5).

Tablo 4.2.6. Ankete katılan öğrencilerin laboratuvarlar tarafından bildirilen bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıkların bildiriminde kullanılan Form 014-D'yi bilme durumunun dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018).

	Dönem 3		Dönem 6		Toplam		Ki-kare değeri, p***
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	
Laboratuvarlar tarafından bildirilen BZBH'lerin bildiriminde kullanılan Form 014-D'yi bilme durumu							
Doğru	3	5,8	8	8,7	11	7,6	
Yanlış	9	17,3	27	29,3	36	25,0	
Bilmiyor	40	76,9	57	61,9	97	67,4	$\chi^2=4,148, p=0,25$
Toplam**	52	36,1	92	63,9	144	100,0	

*Sütun yüzdesi **Satır yüzdesi ***Dönem 3 ve 6 karşılaştırılmıştır.

Ankete katılan öğrencilerin %7,6'sının Form 014-D'yi doğru bildiği belirlenmiştir. Dönem 3 öğrencilerinin %5,8'inin, Dönem 6 öğrencilerinin %8,7'sinin laboratuvarlar tarafından bildirilen BZBH'lerin bildiriminde kullanılan Form 014-D'yi doğru bildiği saptanmıştır (Tablo 4.2.6).

Form 014-D'yi bilme durumu açısından dönemler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.2.6).

Tablo 4.2.7. Ankete katılan öğrencilerin bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıkların sayısının 73 olduğunu bilme durumunun dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018).

BZBH'lerin sayısının 73 olduğunu bilme durumu	Dönem 3		Dönem 6		Toplam		Ki-kare değeri, p***
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	
Doğru	10	19,2	17	18,5	27	18,8	$\chi^2=2,511$, p=0,29
Yanlış	16	30,8	40	43,5	56	38,8	
Bilmiyor	26	50,0	35	38,0	61	42,4	
Toplam**	52	36,1	92	63,9	144	100,0	

*Sütun yüzdesi **Satır yüzdesi *** Dönem 3 ve 6 karşılaştırılmıştır.

Ankete katılan öğrencilerin %18,8'inin BZBH'lerin sayısının 73 olduğunu doğru bildiği saptanmıştır (Tablo 4.2.7).

Dönemlere göre bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıkların sayısının 73 olduğunu doğru bilme durumu incelendiğinde, ankete katılan Dönem 3 öğrencilerinin %19,2'sinin, Dönem 6 öğrencilerinin %18,5'inin BZBH'lerin sayısını doğru bildiği belirlenmiştir (Tablo 4.2.7).

BZBH'lerin sayısının 73 olduğunu doğru bilme durumu açısından dönemler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.2.7).

Tablo 4.2.8. Ankete katılan öğrencilerin Aile Sağlığı Merkezi tarafından bildirim yapılmayan bildirim zorunlu bulaşıcı hastalığı bilme durumunun dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018).

ASM tarafından bildirim yapılmayan BZBH'yi bilme durumu	Dönem 3		Dönem 6		Toplam		Ki,-kare değeri, p***
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	
Doğru	6	11,5	12	13	18	12,5	$\chi^2=1,090, p=0,78$
Yanlış	30	57,7	56	60,9	86	59,7	
Bilmiyor	16	30,8	24	26,1	40	27,8	
Toplam**	52	36,1	92	63,9	144	100,0	

*Sütun yüzdesi **Satır yüzdesi *** Dönem 3 ve 6 karşılaştırılmıştır.

Ankete katılan öğrencilerin %12,5'inin Aile Sağlığı Merkezi (ASM) tarafından bildirim yapılmayan BZBH'yi doğru bildiği belirlenmiştir (Tablo 4.2.8).

Dönem 3 öğrencilerinin %11,5'inin, Dönem 6 öğrencilerinin ise %13,0'ının ASM tarafından bildirim yapılmayan BZBH'yi doğru bildiği saptanmıştır. Dönemler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.2.8).

Tablo 4.2.9. Ankete katılan öğrencilerin Kolera'nın D grubu bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık olmadığını bilme durumunun dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018).

Kolera'nın D grubu BZBH olmadığını bilme durumu	Dönem 3		Dönem 6		Toplam		Ki,-kare değeri, p***
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	
Doğru	6	11,5	22	23,9	28	19,4	$\chi^2=4,032, p=0,26$
Yanlış	22	42,3	35	38,0	57	39,6	
Bilmiyor	24	46,2	35	38,1	59	40,9	
Toplam**	52	36,1	92	63,9	144	100,0	

*Sütun yüzdesi **Satır yüzdesi *** Dönem 3 ve 6 karşılaştırılmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %19,4'ünün Kolera'nın D grubu BZBH olmadığını doğru bildiği saptanmıştır (Tablo 4.2.9).

Ankete katılan Dönem 3 öğrencilerinin %11,5'inin, Dönem 6 öğrencilerinin ise %23,9'unun Koleranın D grubu bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık olmadığını doğru bildiği belirlenmiştir. Dönemler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.2.9).

Tablo 4.2.10. Ankete katılan öğrencilerin Poliomyelit'in uluslararası bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık olduğunu bilme durumu dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018).

Poliomyelit'in uluslararası BZBH olduğunu bilme durumu	Dönem 3		Dönem 6		Toplam		Ki,-kare değeri, p***
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	
Doğru	21	40,4	36	39,1	57	39,6	$\chi^2=1,363, p=0,51$
Yanlış	27	51,9	43	46,7	70	48,6	
Bilmiyor	4	7,7	13	14,1	17	11,8	
Toplam**	52	36,1	92	63,9	144	100,0	

*Sütun yüzdesi **Satır yüzdesi *** Dönem 3 ve 6 karşılaştırılmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %39,6'sının Poliomyelit'in uluslararası BZBH olduğunu doğru bildiği saptanmıştır (Tablo 4.2.10).

Ankete katılan Dönem 3 ve Dönem 6 öğrencilerinin Poliomyelit'in uluslararası BZBH olduğunu benzer sıklıkta doğru bildiği belirlenmiştir. Dönemler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.2.10).

Tablo 4.2.11. Ankete katılan öğrencilerin bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar mevzuatını okuma durumunun dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018).

BZBH mevzuatını okuma durumu	Dönem 3		Dönem 6		Toplam		Ki,-kare değeri, p***
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	
Evet	1	1,9	6	6,5	7	4,9	$\chi^2=1,519, p=0,22$
Hayır	51	98,1	86	93,5	137	95,1	
Toplam**	52	36,1	92	63,9	144	100,0	

*Sütun yüzdesi **Satır yüzdesi *** Dönem 3 ve 6 karşılaştırılmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %95,1'inin BZBH'ler hakkındaki ilgili mevzuatı okumadığı saptanmıştır. Her iki dönem öğrencileri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.2.11).

4.3. Araştırma Grubunun Bildirim Sistemi Konusundaki Görüşleri

Tablo 4.3.1. Ankete katılan öğrencilerin bulaşıcı hastalıkların bildirimini önemi hakkındaki görüşlerinin dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018).

Bulaşıcı hastalıkların bildirimini önemi hakkında görüşler	Dönem 3		Dönem 6		Toplam		Ki-kare değeri, p***
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	
Bulaşıcı önlemek	24	47,1	37	41,1	61	43,3	$\chi^2=2,540, p=0,64$
Toplum sağlığını korumak	14	27,5	20	22,2	34	24,1	
Salgınları önlemek	2	3,9	8	8,9	10	7,1	
Diğer	1	2,0	4	4,4	5	3,5	
Fikrim yok	10	19,6	21	23,3	31	22,2	
Toplam**	52	36,1	92	63,9	144	100,0	

*Sütun yüzdesi **Satır yüzdesi *** Dönem 3 ve 6 karşılaştırılmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin bulaşıcı hastalıkların bildirimini önemi hakkındaki görüşlerini belirlemek için sorulan açık uçlu “Bulaşıcı hastalıkların bildirimini sizce neden önemlidir?” sorusuna verilen yanıtlar incelenerek gruplandırıldığında, öğrencilerin %43,3’ünün bulaşıcı önleme, dörtte birinin ise toplum sağlığını koruma açısından bulaşıcı hastalıkların bildirimini önemli buldukları belirlenmiştir (Tablo 4.3.1).

Dönem 3 öğrencilerinin %47,1’i ve Dönem 6 öğrencilerinin %41,1’i bulaşıcı hastalıkların sağlam kişilere bulaşmasının engellenmesi, bulaştırıcılık riskinin ortaya konularak azaltılması, bulaşıcı hastalıkların kontrol altında tutulması, özellikle toplumda yer alan risk gruplarının korunması, eradike edilmiş hastalıkların yeniden ortaya çıkmasının engellenmesi, hastalıkların özelinde bulaşma yolları dikkate alınarak gerekli önlemlerin alınması, hastalığın yayılımının azaltılması ve ölümlerin engellenmesi açısından bulaşıcı önlemin bulaşıcı hastalıkların bildirimini konusunda önemli olduğunu düşünmektedirler (Tablo 4.3.1).

Ankete katılan tüm öğrencilerin %7,1’inin salgınların önlenmesi için bulaşıcı hastalıkların bildirimini önemli buldukları saptanmıştır. Dönem 3 öğrencilerinin %3,9’u, Dönem 6 öğrencilerinin %8,9’u epidemik ve pandemilerin engellenmesi, salgın incelemelerinin yapılması, kaynağın tespit edilerek hastalığın yayılımının engellenmesi, epidemik ve pandemilere karşı önceden hazırlıklı olunarak hastalıkların tekrar ortaya çıkmasının engellenmesi, toplumda yaygınlık durumunun belirlenerek

gerekli önlemlerin alınması, kaynağın belirlenmesi, salgınları önleyerek halk sağlığını korumaya yönelik gerekli koruyucu tedbirlerin alınmasının sağlanması için bulaşıcı hastalıkların bildirimini salgınların önlenmesi açısından önemli olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4.3.1).

Araştırmaya katılan öğrencilerin %24,1'inin toplum sağlığının korunması açısından bulaşıcı hastalıkların bildirimini önemli buldukları saptanmıştır. Dönem 3 öğrencilerinin %27,5'inin, Dönem 6 öğrencilerinin %22,2'sinin toplum sağlığının korunması, toplumsal düzeyde halk sağlığı açısından önemli olması, tüm toplumu ilgilendiren çeşitli sağlık sorunlarının yakından değerlendirilmesi, toplum açısından hastalık ortaya çıkmadan önce ve çıktıktan sonra gerekli önlemlerin alınması açısından bulaşıcı hastalıkların bildirimini önemli olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4.3.1).

Ankete katılan öğrencilerin %3,5'i bulaşıcı hastalıkların bildirimini epidemiolojik araştırmaların yapılabilmesi, bulaşıcı hastalıkların topluma getirdiği ekonomik yükün azaltılması, iş gücü kaybının azaltılması, tedavi maliyetlerinin düşürülmesi, toplumda huzurun kaçmasının önüne geçilmesi, ileriye dönük koruyucu önleyici çalışmaların ve sürveyans çalışmalarının yapılabilmesi ve tüm dünya genelinde bulaşıcı hastalıklar konusunda bilgi sahibi olunabilmesi için bulaşıcı hastalıkların bildirimini önemli olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4.3.1).

Araştırmaya katılan öğrencilerin %22,2'sinin bulaşıcı hastalıklarının bildirimini önemi konusunda fikirlerinin olmadığı saptanmıştır. Dönem 3 öğrencilerinin %19,6'sı, Dönem 6 öğrencilerinin %23,3'ü bulaşıcı hastalıkların bildirimini önemi hakkında fikirlerinin olmadığını belirtmişlerdir. Bulaşıcı hastalıkların bildirimini önemi konusunda dönemler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.3.1).

Tablo 4.3.2. Ankete katılan öğrencilerin bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıkların bildirimini yapması uygun olan kişiler hakkındaki görüşlerinin dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018).

BZBH'ler kimler tarafından bildirilmeli	Sayı	%*
Doktor	129	89,5
Laboratuvar teknisyeni	40	27,7
Hemşire	34	23,6
Sağlık memuru	30	20,8
Tıbbi sekreter	20	13,8
Bilmiyor	15	10,4

*1'den fazla seçenek işaretlendiğinden yüzdeler n üzerinden hesaplanmıştır.

BZBH'lerin bildirimini kimler tarafından yapılması gerektiği konusundaki soruda 1'den fazla seçeneğin işaretlenebileceği belirtilmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin BZBH'lerin bildirimini yapan kişiler hakkındaki görüşlerinin dağılımı incelendiğinde öğrencilerin %89,5'i doktorlar, %27,7'si laboratuvar teknisyenleri, %23,6'sı hemşireler tarafından BZBH'lerin bildirimini yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. Öğrencilerin %10,4'ü BZBH'lerin kimler tarafından bildirimini yapılması gerektiğini bilmediklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.3.2).

Dönem 3 ve Dönem 6 öğrencilerinin BZBH'lerin bildirimini yapan kişiler hakkındaki görüşlerinin dağılımının benzer olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.2).

Tablo 4.3.3. Ankete katılan öğrencilerin Türkiye’de bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıkların mevzuata uygun olarak bildirimini yapabilmeleri konusundaki görüşlerinin dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018).

BZBH’lerin mevzuata uygun bildirimini yapabilme durumu	Dönem 3		Dönem 6		Toplam		Ki,-kare değeri, p***
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	
Evet	23	44,2	31	34,1	54	37,8	$\chi^2=1,455$, $p=0,23$
Hayır	29	55,8	60	65,9	89	62,2	
Toplam**	52	36,1	92	63,9	144	100,0	

*Sütun yüzdesi **Satır yüzdesi *** Dönem 3 ve 6 karşılaştırılmıştır.

Araştırma grubundaki tüm öğrencilerin %62,2’si BZBH’lerin bildirimini mevzuata uygun olarak yapamayacaklarını düşündükleri saptanmıştır. Ankete katılan Dönem 3 öğrencilerinin %55,8’i ve Dönem 6 öğrencilerinin %65,9’u bildirim mevzuata uygun olarak yapamayacaklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.3.3).

BZBH’lerin mevzuata uygun olarak bildirimini yapılılabilmesi konusunda dönemler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.3.3).

Tablo 4.3.4. Ankete katılan öğrencilerin bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıkların bildirimini yapmadıklarında karşılaşılabilecekleri hukuksal yaptırımlar konusundaki görüşlerinin dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018).

Bildirim yapılmadığında karşılaşılabilecek hukuksal yaptırımlar durumu	Dönem 3		Dönem 6		Toplam		Ki,-kare değeri, p***
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	
Dava açılması	2	3,9	3	3,2	5	3,5	$\chi^2=4,720, p=0,45$
Malpraktis	1	1,9	1	1,1	2	1,4	
Meslekten alıkonma	1	1,9	1	1,1	2	1,4	
Bilmiyor	48	92,3	87	94,6	135	93,7	
Toplam**	52	36,1	92	63,9	144	100,0	

*Sütun yüzdesi **Satır yüzdesi *** Dönem 3 ve 6 karşılaştırılmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin bildirim yapılmadığında karşılaşılabilecek hukuksal yaptırımlar hakkındaki görüşlerini belirlemek için sorulan açık uçlu “BZBH’ye tanı koyduktan sonra hastalıkla ilgili bildirim yapmadığınızda karşılaşılabileceğiniz hukuksal yaptırımlar nelerdir?” sorusuna verilen yanıtlar gruplandırılarak incelendiğinde, öğrencilerin %93,7’si bildirim yapılmadığı durumlarda karşılaşılabilecekleri hukuksal yaptırımları bilmediğini, %3,5’i dava açılabilirliğini, %1,4’ü malpraktis (mesleksi kötü uygulama) cezası alınabileceğini, %1,4’ü meslekten alıkonma cezası alınabileceğini belirtmiştir (Tablo 4.3.4).

Öğrencilerin eğitim aldıkları dönemlere göre bildirim yapılmadığı durumlarda karşılaşılabilecekleri hukuksal yaptırımlarla ilgili olarak dönemler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır. ($p>0,05$) (Tablo 4.3.4).

Tablo 4.3.5. Ankete katılan öğrencilerin Türkiye’de bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıkların yeterli düzeyde bildirim yapılıp yapılmadığı konusundaki görüşlerinin dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018).

BZBH’lerin yeterli düzeyde bildirim yapılıp yapılmadığı durumu dağılımı	Dönem 3		Dönem 6		Toplam		Ki-kare değeri, p***
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	
Evet, yeterli yapıyor	2	3,8	7	7,6	9	6,2	$\chi^2=4,113$, p=0,13
Hayır, yeterli yapılmıyor	33	63,5	68	73,9	101	70,1	
Fikrim yok	17	32,7	17	18,5	34	23,7	
Toplam**	52	36,1	92	63,9	144	100,0	

*Sütun yüzdesi **Satır yüzdesi *** Dönem 3 ve 6 karşılaştırılmıştır.

Ankete katılan öğrencilerin sadece %6,2’si Türkiye’de BZBH’lerin yeterli düzeyde bildirildiğini belirtmiştir (Tablo 4.3.5).

Türkiye’de BZBH’lerin yeterli düzeyde bildirim yapılıp yapılmadığı konusundaki görüşlerin dağılımı açısından dönemler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.3.5).

Tablo 4.3.6. Ankete katılan öğrencilerin Türkiye’de bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıkların bildirim mekanizması hakkındaki görüşlerinin dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018).

BZBH’lerin bildirim mekanizması hakkındaki görüşlerin dağılımı	Dönem 3		Dönem 6		Toplam		Ki-kare değeri, p***
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	
Çok iyi/ oldukça iyi	6	11,5	8	8,7	14	9,7	$\chi^2=9,744, p=0,08$
Çok kötü/ oldukça kötü	2	3,9	11	12,0	13	9,1	
Yetersiz	8	15,4	28	30,4	36	25,0	
Fikrim yok	36	69,2	45	48,9	81	56,2	
Toplam**	52	36,1	92	63,9	144	100,0	

*Sütun yüzdesi **Satır yüzdesi *** Dönem 3 ve 6 karşılaştırılmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %9,7’si Türkiye’de BZBH’lerin bildirim mekanizmasının çok iyi/oldukça iyi olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.3.6).

Türkiye’de BZBH’lerin bildirim mekanizmasının öğrencilerin eğitim aldıkları dönemlere göre görüşlerinin dağılımı incelendiğinde, Dönem 3 öğrencilerinin %11,5’i, Dönem 6 öğrencilerinin %8,7’si çok iyi/oldukça iyi olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4.3.6).

Türkiye’de BZBH’lerin bildirim mekanizmasının değerlendirilmesi hakkındaki görüşlerin dağılımı açısından dönemler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.3.6).

Tablo 4.3.7. Ankete katılan öğrencilerin bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar konusunda daha önce eğitim alma durumlarının dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018).

BZBH'ler konusunda eğitim alma durumu dağılımı	Dönem 3		Dönem 6		Toplam		Ki-kare değeri, p***
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	
Evet	38	73,1	85	92,4	123	85,4	$\chi^2=11,014$, p=0,04
Hayır	14	26,9	7	7,6	21	14,6	
Toplam**	52	36,1	92	63,9	144	100,0	

*Sütun yüzdesi **Satır yüzdesi ***Dönem 3 ve 6 karşılaştırılmıştır.

Ankete katılan öğrencilerin %85,4'ü BZBH konusunda herhangi bir eğitim döneminde eğitim aldıklarını, %14,6'sı eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Dönem 3 öğrencilerinin %26,9'u Dönem 6 öğrencilerinin ise %7,6'sı BZBH konusunda daha önce eğitim almadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.3.7).

Eğitim alma durumunda ise; Dönem 3 öğrencilerinin %73,1'i, Dönem 6 öğrencilerinin ise %92,4'ü daha önce BZBH konusunda eğitim almış olduklarını belirtmişlerdir. Her iki dönem arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.3.7).

Tablo 4.3.8. Ankete katılan öğrencilerin bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar konusunda aldıkları eğitimin yeterliliği konusundaki görüşlerinin dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018).

BZBH'ler konusunda alınan eğitimin yeterliliği hakkındaki görüşlerin dağılımı	Dönem 3		Dönem 6		Toplam		Ki,-kare değeri, p***
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	
Evet, yeterli	5	9,6	13	14,1	18	12,5	$\chi^2=1,320, p=0,72$
Hayır, yetersiz	23	44,2	37	40,2	60	41,7	
Kısmen	24	46,2	42	45,7	66	45,8	
Toplam**	52	36,1	92	63,9	144	100,0	

*Sütun yüzdesi **Satır yüzdesi *** Dönem 3 ve 6 karşılaştırılmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %12,5'inin BZBH konusunda aldıkları eğitimi yeterli bulduğu, %41,7'si yetersiz, %45,8'inin ise kısmen yeterli bulduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.8).

Öğrencilerin eğitim dönemlerine göre BZBH'ler konusunda aldıkları eğitim hakkındaki görüşlerinin dağılımı incelendiğinde, Dönem 3 öğrencilerinin %9,6'sı, Dönem 6 öğrencilerinin %14,1'i eğitimi yeterli bulduklarını, Dönem 3 öğrencilerinin %46,2'si, Dönem 6 öğrencilerinin %45,7'si kısmen yeterli bulduklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.3.8).

BZBH'ler konusunda alınan eğitimin yeterliliği hakkındaki görüşlerin dağılımı incelendiğinde dönemler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.3.8).

Tablo 4.3.9. Ankete katılan öğrencilerin bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar ve bildirim sistemi konusunda tıp fakültesi, hizmet içi eğitim ve sürekli tıp eğitimi aşamalarında eğitim alma hakkındaki görüşlerinin dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018).

	Dönem 3		Dönem 6		Toplam		Ki,-kare değeri, p***
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	
BZBH'ler ve bildirim sistemi konusunda eğitim alma hakkındaki görüşlerin dağılımı							
Her üç aşamada	34	65,4	47	51,1	81	56,2	$\chi^2=9,043, p=0,25$
Tıp fakültesi+	7	13,5	20	21,7	27	18,8	
Hizmet içi eğitim	2	3,8	2	2,2	4	2,8	
Sadece tıp fakültesi	2	3,9	4	4,3	6	4,2	
Hizmet içi eğitim+	1	1,9	8	8,7	9	6,2	
Sürekli tıp eğitimi	-	-	3	3,3	3	2,1	
Tıp fakültesi+	-	-	2	2,2	2	1,4	
Sürekli tıp eğitimi	6	11,5	6	6,5	12	8,3	
Sadece hizmet içi eğitim	52	36,1	92	63,9	144	100,0	
Sadece sürekli tıp eğitimi							
Fikrim yok							
Toplam**							

*Sütun yüzdesi **Satır yüzdesi *** Dönem 3 ve 6 karşılaştırılmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin BZBH ve bildirim sistemi konusunda tıp fakültesi, hizmet içi eğitim ve sürekli tıp eğitimi aşamalarında eğitim alma ile ilgili görüşleri incelendiğinde, öğrencilerin %56,2'si her üç aşamada (Tıp fakültesi+Hizmet içi eğitim+Sürekli tıp eğitimi), %18,8'i tıp fakültesi ve hizmet içi eğitimlerinde, BZBH'ler ve bildirim sistemi konusunda eğitim alınması gerektiğini belirtmişlerdir (Tablo 4.3.9).

Öğrencilerin eğitim dönemlerine göre görüşleri incelendiğinde, Dönem 3 öğrencilerinin %65,4'ü her üç aşamada, %13,5'i tıp fakültesi ve hizmet içi eğitimlerde, Dönem 6 öğrencilerinin ise %51,1'i her üç aşamada, %21,7'si tıp fakültesi ve hizmet içi eğitimlerde, BZBH'ler ve bildirim sistemi konusunda eğitim alınması gerektiğini belirtmişlerdir. Ankete katılan öğrencilerin BZBH'ler ve bildirim sistemi konusunda tıp fakültesi, hizmet içi eğitim ve sürekli tıp eğitimi aşamalarında eğitim alma hakkındaki görüşlerinin dağılımında dönemler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.3.9).

Tablo 4.3.10. Ankete katılan öğrencilerin bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar ve bildirim sistemi konusunda uygulanan anketin bilgi ve farkındalıklarını artırması hakkındaki görüşlerinin dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018).

	Dönem 3		Dönem 6		Toplam		Ki,-kare değeri, p***
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	
BZBH'ler ve bildirim sistemi konusunda anketin bilgi ve farkındalığı artırması hakkındaki görüşlerin dağılımı							
Evet, artırdı	24	46,2	56	60,8	80	55,6	$\chi^2=5,593, p=0,13$
Hayır, artırmadı	4	7,7	8	8,7	12	8,3	
Kısmen artırdı	18	34,6	25	27,2	43	29,9	
Fikrim yok	6	11,5	3	3,3	9	6,2	
Toplam**	52	36,1	92	63,9	144	100,0	

*Sütun yüzdesi **Satır yüzdesi *** Dönem 3 ve 6 karşılaştırılmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin BZBH ve bildirim sistemi konusunda uygulanan anketin farkındalıklarını artırması hakkındaki görüşleri incelendiğinde, öğrencilerin %55,6'sı anketin bilgi ve farkındalıklarını artırdığını, %29,9'u kısmen artırdığını belirtmiştir (Tablo 4.3.10).

Öğrencilerin eğitim dönemlerine göre görüşleri incelendiğinde, Dönem 3 öğrencilerinin %46,2'si anketin bilgi ve farkındalıklarını artırdığını, %34,6'sı kısmen artırdığını belirtmiştir. Dönem 6 öğrencilerinin ise %60,8'i anketin bilgi ve farkındalıklarını artırdığını, %27,2'si kısmen artırdığını belirtmiştir (Tablo 4.3.10).

BZBH ve bildirim sistemi konusunda uygulanan anketin farkındalıklarını artırması hakkında öğrencilerin görüşlerinin dağılımında dönemler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.3.10).

Tablo 4.3.11. Ankete katılan öğrencilerin bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar ve bildirim sistemi konusunda uygulanan anketin yaklaşım değişikliği oluşturması hakkındaki görüşlerinin dağılımı (B. Ü. Tıp Fakültesi, Ankara 2018).

	Dönem 3		Dönem 6		Toplam		Ki-kare değeri, p***
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	
BZBH'ler ve bildirim sistemi konusunda anketin yaklaşım değişikliği oluşturması hakkındaki görüşlerin dağılımı							
Evet, oluşturdu	26	50,0	53	57,6	79	54,8	$\chi^2=1,718, p=0,63$
Hayır, oluşturmadı	8	15,4	11	12,0	19	13,2	
Kısmen oluşturdu	17	32,7	24	26,1	41	28,5	
Fikrim yok	1	1,9	4	4,3	5	3,5	
Toplam**	52	36,1	92	63,9	144	100,0	

*Sütun yüzdesi **Satır yüzdesi ***Dönem 3 ve 6 karşılaştırılmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin BZBH'ler ve bildirim sistemi konusunda uygulanan anketin yaklaşım değişikliği oluşturması hakkındaki görüşleri incelendiğinde, öğrencilerin %54,8'i uygulanan anketin yaklaşım değişikliği oluşturduğunu, %28,5'i kısmen yaklaşım değişikliği oluşturduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4.3.11).

Öğrencilerin eğitim dönemlerine göre görüşleri incelendiğinde, Dönem 3 öğrencilerinin %50,0'ı anketin yaklaşım değişikliği oluşturduğunu, %32,7'si kısmen oluşturduğunu belirtmiştir. Dönem 6 öğrencilerinin %57,6'sı anketin yaklaşım değişikliği oluşturduğunu, %26,1'i kısmen oluşturduğunu belirtmiştir (Tablo 4.3.11).

BZBH'ler ve bildirim sistemi konusunda uygulanan anketin yaklaşım değişikliği oluşturması hakkında öğrencilerin görüşlerinin dağılımında dönemler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.3.11).

5. TARTIŞMA

Hastalık örüntüsü incelendiğinde; tüm dünyada, her ne kadar son yıllarda bulaşıcı olmayan hastalıklarda ciddi artış, bulaşıcı hastalıklarda ise bir azalma söz konusu ise de bu durum, gelişmiş ülkeler için geçerli olup, gelişmekte olan ülkelerde hala “Bulaşıcı Hastalıklar” eski önemini sürdürmektedir. Şöyle ki:

Bulaşıcı hastalıklar, dünya genelinde ilk on ölüm nedeni içinde yer almaktadır. 2016’da düşük gelirli ülkelerde tüm ölümlerin yarısından çoğu bulaşıcı hastalıklar nedeniyle gerçekleşmiş olup dünya genelindeki ilk on ölüm nedeni arasında ishali hastalıklar ve Tüberküloz yer almaktadır. 2016’da yüksek gelirli ülkelerdeki ölümlerin %7,0’ sinden azı bulaşıcı hastalıklara bağlı olmasına karşın dünya çapında 2016’da 3 milyon ölüme neden olan alt solunum yolu enfeksiyonlarının tüm gelir gruplarında önde gelen ölüm nedenleri arasında olduğu belirlenmiştir. 2016’da ishali hastalıklar 1,4 milyon ölüme neden olmuştur. Dünya genelindeki ilk on ölüm nedeni arasında yer alan Tüberküloz’un, dünyada 1,3 milyon ölüme neden olduğu tahmin edilmektedir. HIV/AIDS, dünyanın en önemli 10 ölüm nedeni arasında yer almamasına karşın 2016’da HIV/AIDS nedeniyle dünya genelinde 1 milyon insanın öldüğü tahmin edilmektedir (49).

Türkiye’de Cumhuriyetin başlangıcından bu yana bulaşıcı hastalıklarla mücadele konusunda başarılı adımlar atılmıştır. 24.04.1930’da kabul edilen ve günümüzde halen geçerliliğini koruyan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (UHK) halk sağlığını korumaya yönelik kapsamlı bir şekilde düzenlenen ilk kanundur. UHK’da bulaşıcı hastalıklar, salgınlar, besin hijyeni, işyeri koşulları, sular, mezarlıklar, karantina uygulaması, gayri sıhhi müesseseler gibi koruyucu hekimlik kapsamında hemen hemen her konuyla ilgili hükümler yer almaktadır. Bu kanun ile sağlık koşullarını düzeltme ve ulusun sağlığına zarar veren tüm hastalıklar veya zararlı etkenlerle mücadele etmek, gelecek kuşakların sağlıklı olarak yetişmesini sağlamak ve halkın tıbben ve sosyal yönden iyilik durumunda olması için gerekli çalışmaları yürütmek devletin genel hizmetlerinden sayılmıştır (13).

Bulaşıcı hastalıklarla ilgili olarak Türkiye’de hastalık yükü çalışmaları göz önüne alındığında bulaşıcı hastalıkların yükünde azalma olduğu ancak bulaşıcı olmayan hastalık yükünde artma olduğu gözlenmektedir. Bulaşıcı hastalıkların halen görülmeye devam etmesinde kentleşme, sanayileşme, hava kirliliği, hızlı nüfus artışı ve hareketliliği, göçler, savaşlar, riskli davranışlarda bulunma, yoksulluk, gelir dağılımındaki eşitsizlikler, sağlıksız beslenme ve teknolojik gelişmeler gibi birçok etmen sayılabilir. Bu etmenler sonucunda koruma ve kontrol önlemlerinin uygulanması zorlaşmakta ve bulaşıcı hastalıklar görülmeye devam etmektedir.

2013 Ulusal Hastalık Yükü çalışmasında, Türkiye’de 2000-2013 arasındaki hastalık yükleri karşılaştırılmıştır. Bu çalışmaya göre Türkiye’de bulaşıcı hastalıklar, anne, yenidoğan ve beslenmeyle ilgili hastalıkların yükü azalmakta olup (Sayı, 2000-2013 arasında 4,3 milyondan 2,2 milyona inmiştir.) iskemik kalp hastalığı, bel ve boyun ağrısı, KOAH, diyabet ve konjenital anomaliler gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların yükü artmaktadır. Dünya’da tüm yaş grupları genelinde ölüm nedenleri incelendiğinde, 2015’te tespit edilen ilk üç neden sırasıyla kardiyovasküler hastalıklar, serebrovasküler hastalıklar ve alt solunum yolu enfeksiyonları iken HIV enfeksiyonu 6. sırada yer almaktadır. Düşük gelirli ülkelerde ise alt solunum yolu hastalıklarından sonra HIV enfeksiyonu en sık görülen ölüm nedenidir. UNAIDS/WHO 2016 verilerine göre HIV/AIDS ile yaşayan toplam 36,7 milyon hasta vardır. Bugüne kadar toplam 37 milyon kişi bu hastalık nedeni ile hayatını kaybetmiştir. 2015’de HIV enfekte yeni olgu sayısı 2,1 milyon, ölenler ise 1,1 milyondur. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı Haziran 2016 verilerine göre; Ekim 1985-Haziran 2016 tarihleri arası toplam HIV/AIDS hasta sayısı 13.181’dir (59). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016’da Türkiye’de enfeksiyon hastalıkları olgu sayısı açısından incelendiğinde AIDS olgu sayısı 2002’de 48 iken 2016’da 103, Kızamık olgu sayısı 2002’de 7,810 iken 2016’da 9, Tüberküloz olgu sayısı 2002’de 18.043 iken 2016’da 12.186, sıtma olgu sayısı 2002’de 10.224 iken 2016’da 209 olduğu belirtilmiştir. Türkiye’de 100.000 nüfusta AIDS insidansının 0,07’den 0,13’e yükseldiği, Kızamık insidansının 11,8’den 0,01’e azaldığı, Tüberküloz insidansının 32,0’dan 15,3’e düştüğü ve Sıtma insidansının 15,4’ten 0,3’e gerilediği belirtilmiştir (60).

Bulaşıcı hastalıklar bir ülkeden tümüyle eradike ya da önemli ölçüde elimine edilmediği takdirde eğer bildirim ve sürveyans sistemi yeterli değilse bu tür hastalıkların yeniden ortaya çıkıp ciddi tablolar oluşturabilmesi günümüzde de bazı ülkelerde rastlanan bir durumdur. Bulaşıcı hastalıkların global düzeyde ve ülkeler özelinde karmaşık yayılımı göz önüne alındığında salgınların erken saptanması durumsal farkındalığın artırılması ve salgın yönetiminin başlatılması mekanizmalarını gerektirir. Bulaşıcı hastalıkların sürveyans sistemleri erken uyarı için önemli bir kaynaktır ve laboratuvar testlerinden, klinik tanılardan elde edilen verilere ve diğer kaynaklara bağlıdır (72).

Bulaşıcı hastalıklarla mücadele, kayıt bildirim ve müdahale programlarının sürdürülmesi ile olanaklı olabilir. Bu bağlamda bulaşıcı hastalıkların kayıt, bildirim ve ihbarı sadece yerel anlamda değil global ölçekte de Halk Sağlığı yönünden önem arz etmektedir.

Türkiye’de BZBH’ın bildirim konusunda çeşitli sorunlar bulunmaktadır. Bu sorunlar arasında genel sağlık sistemi, hekimlerin konuyu yeterince önemsememesi, hekimlerin bildirim sistemi ve BZBH’ler hakkındaki bilgi düzeylerinin mezuniyet öncesi eğitimin içeriğine bağlı olarak eksik olması, sağlık kurumlarında etkene yönelik laboratuvar işlemlerinin eksik ve yanlış yapılması, sağlık kurum ve kuruluşlarında kullanılan sistemlerdeki farklılıklar ve eksiklikler (bildirim ekranlarının çok ayrıntılı bilgiler içermesi, doldurulmasının zorluğu, zaman alması vb.) sayılabilir. Bu sorunlara bağlı olarak Türkiye’de BZBH’a dair gerçek vaka sayılarının altında bildirimlerin yapıldığı düşünülmektedir (50).

Özellikle mezun pratisyen hekimlerin yaklaşık bir yıl zorunlu hizmet yapması gereken Türkiye gibi ülkelerde, tıp eğitimi süresince “tıp öğrencisinin”, ülkenin koşullarına, sağlık gereksinimlerine ve mezun hekimin yapması beklenen görevlere uygun bilgi ve becerilerle donatılmış olarak yetişmiş olmaları gerekmektedir. Bu nedenle de öğrencilik yıllarında, daha sonra yapması gereken bilgi ve becerilerle donanımlı olarak mezun olmaları hem bir hizmet gerekliliği, hem de “tıp eğitim politikasında izlenmesi gereken bir strateji” olarak dikkate alınması gereken bir husustur.

Bu noktadan hareketle, toplumun sağlığı y6n6nden son derece 6nemli olan "Bildirim Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar – BZBH" konusu, tıp eğitiminin 7eşitli kademelerinde eğitim alan tıp 6đrencilerinin konu ile ilgili bilgi ve g6r6şleri saptanarak Halk Sağlığı bakış a7ısıyla incelenmiştir.

Bu araştırmada, Tıp Fak6ltesi D6nem 3 ve D6nem 6 6đrencilerinin BZBH'lere ilişkin bilgi d6zeyleri ve g6r6şleri değerlendirilerek, bildirimde hekimin rol6n6n ve bildirim konusunun 6nemine dikkat 7ekmek ve bu konuda yapılacak eğitim ve bilin7lendirme 7alışmalarına katkıda bulunmak ama7lanmıştır.

Literat6r incelemesinde, konu ile ilgili mezuniyet 6ncesi d6nemde 7ok az kaynak bulunması nedeni ile araştırma sonu7ları mezun olmuş hekimler 6zerinde yapılan 7alışmalarla da kıyaslanarak tartışılmıştır. Araştırma grubundaki t6m 6đrencilerin %33,3'6n6n yani 3 6đrenciden birinin BZBH'lerin bildirim yeri ve hastalıkların niteliklerine g6re toplam ka7 hastalıktan oluştuğunu ve ka7 ana grupta toplandığını bilmediği saptanmıştır. Ankete katılan 6đrencilerin %27,1'inin BZBH'lerin bildirim grubunu ve sayısını bildiği ve %18,8'inin ise 2011'de yayımlanan Bulaşıcı Hastalıkların S6rveyans ve Kontrol Esasları Y6netmeliği'ne g6re BZBH'lerin sayısının 73 olduğunu bildiği belirlenmiştir. Alışkın'ın 7alışmasında hekimlerin %21,8'inin BZBH'lerin 4 ayrı grupta yer aldığını ve sadece %2,2'sinin BZBH sayısının 73 olduğunu bildiği saptanmıştır (6). Topal'ın 7alışmasında ise hekimlerin %42,6'sının BZBH'lerin 4 gruba ayrıldığını bildikleri belirlenmiştir (52). Bu durum hekimlerin zaman i7erisinde g6ncellenen y6netmelikler ve BZBH'ler hakkında bilgi sahibi olmadıkları ve genel olarak BZBH ve bildirim sistemi hakkında bilgi d6zeylerinin yetersiz olduğunu g6stermektedir. Ancak her iki 7alışmada da BZBH'ler konusunda daha 6nce eğitim almış olanların BZBH gruplarını daha fazla oranda bildiği saptanmıştır. Bu araştırmada 6đrencilerin eğitim aldıkları d6neme g6re bu konudaki bilgi d6zeyleri değerlendirildiğinde, D6nem 3 6đrencilerinin %19,2'sinin, D6nem 6 6đrencilerinin ise %31,5'inin BZBH'lerin bildirim gruplarını ve sayısını doğru bildiği saptanmıştır. Bu durum her ne kadar D6nem 6'da eğitim alan 6đrencilerde D6nem 3'de eğitim alan 6đrencilere g6re daha y6ksek olarak saptanmış olsa da her iki D6nemde de (D6nem 3, D6nem 6) BZBH'lerin sayısını ve gruplarını bilme konusundaki bilgi

düzeylerinin yetersiz olduğu görülmektedir. 2011'de yayımlanan Bulaşıcı Hastalıkların Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği'ne göre BZBH'lerin sayısının 73 olduğunu, ankete katılan Dönem 3 öğrencilerinin %19,2'sinin, Dönem 6 öğrencilerinin %18,5'inin doğru bildiği saptanmış ve dönemler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır. Bu durum her iki dönemde de eğitim alan öğrencilerin güncel mevzuat hakkında bilgi düzeylerinin düşük olduğunu, öğrencilerin BZBH konusunda eksik bilgiye sahip olmaları nedeniyle gelecekteki mesleki uygulamalarında bildirimleri yetersiz düzeyde yapabileceklerini ve buna bağlı olarak Türkiye'de bu konudaki verilerin eksik olabileceğini düşündürmektedir. Oysa bulaşıcı hastalıklarla etkili mücadelenin yürütülmesi konusunda mevcut durumunun belirlenmesi, hastalıkların yıllar içindeki görülme sıklıklarının ve eğilimlerinin doğru verilere dayalı olarak bilinmesi mücadelede başarılı olabilmenin temelini oluşturmaktadır (5).

Alışkın'ın çalışmasında sağlık kurumlarında en yüksek oranda BZBH tanılarının konulduğu bölümlerin acil servis, laboratuvar, pediatri ve dermatoloji bölümleri olduğu saptanmıştır. BZBH tanısı koyan bölümler içinde en çok bildirim yapan bölümlerin sırasıyla acil servis, göğüs hastalıkları, pediatrik cerrahi ve enfeksiyon hastalıkları olduğu görülmüştür (6). İbrahim ve Uçku'nun çalışmasında da bildirim yapılan BZBH'lerin en yüksek oranda görüldüğü bölümler acil servis, laboratuvar, enfeksiyon hastalıkları ve göğüs hastalıkları olduğu saptanmıştır (51). Yapılan çalışmalarda BZBH bilgisinin yetersiz olması nedeniyle BZBH olgu sayılarının bu bölümlerde yüksek olmasına karşın bildirimlerin istenilen oranda yapılmadığı belirtilmektedir. Bu çalışmada da öğrencilerin eğitim aldıkları döneme göre BZBH'leri doğru bilme durumu incelendiğinde, Dönem 3 öğrencilerinin ilk beş sırada Veba (%96,2), Çiçek (%82,7), Kolera (%76,9), Kızıl (%73,1) ve HIV/AIDS (%71,2)'in BZBH olduğunu bildikleri görülmüştür. Dönem 6 öğrencileri ilk beş sırada Çiçek (%90,2), Veba (%85,9), Tüberküloz (%79,3), HIV/AIDS (%72,8) ve Kolera (%72,8)'nin BZBH olduğunu bildikleri saptanmıştır. Alışkın'ın çalışmasında hekimler tarafından en çok bilinen BZBH'ler Viral Hemorajik Ateş, Tüberküloz ve KKKA'dır. En sık bildirilen hastalıklar ise Kuduz/Kuduz Riskli Temas (KKRT), Akut Hepatit A, Şark Çıbanı ve Tüberküloz'dur (6). İbrahim ve Uçku'nun çalışmasında en sık bildirilen üç hastalığın KKRT, Tüberküloz ve Salmonella

olduğu belirlenmiştir (51). Topal'ın çalışmasında en sık bildirilen hastalıklar Sifiliz, Şark Çıbanı, Tüberküloz ve Bruselloz'dur (52). Karakoç ve ark.nın çalışmasında ise bildirim yapılan hastalıkların % 90,5'i A grubu, %4,4'ü C grubu, % 5,1'i D grubu hastalıklardır. A grubu hastalıklarda en sık bildirilen KKRT, Su çiçeği, Tüberküloz ve Sifiliz'dir. D grubu hastalıklardan en sık bildirilenler ise Rotavirus ve Entamoeba histolytica'dır (56). Tüberküloz ve KKRT bildirimlerinin sık yapılması etkili mücadele çalışmalarının sürdürülmesi nedeniyle gerçekleştiği düşünülmektedir. Bu araştırmaya katılan öğrencilerin Tüberküloz'un BZBH olduğunu bilme yüzdesi %75,7, KKRT'nin BZBH olduğunu bilme yüzdesi ise %68,1'dir. Öğrencilerin özellikle toplumda sık görülebilen Su çiçeği, Chlamydia trachomatis, Tetanoz, Enterohemorajik E.coli, Entamoeba histolytica, Rotavirus ve Giardia intestinalis gibi hastalıkların BZBH olduğunu bilme yüzdelerinin düşük olduğu saptanmış ve genel olarak hangi hastalıkların BZBH olduğu konusunda öğrencilerin bilgi düzeyinin yetersiz olduğu belirlenmiştir. Bu durum hekimler üzerinde yapılan diğer çalışmalarla da saptanmıştır (51, 53, 61). Alışkın'ın çalışmasında hekimler tarafından en az bilinen BZBH'ler arasında Akut Gastroenterit Enfeksiyonu, Ekinokokkoz, Toksoplazmoz yer almaktadır (6). Ulusal düzeyde hekimler üzerinde yapılan çalışmalar hekimlerin BZBH konusunda bilgi eksikliği olduğunu ve meslek yaşamlarında karşılaştıkları vakalar arasında önemli bir yeri olan BZBH'leri bildirme oranlarının düşük olduğunu ortaya koymuştur. Bu araştırma sonuçları ise öğrencilik döneminde bu bilgilerin eksikliğini ortaya koymaktadır. Araştırmaya katılan öğrenciler bazı bulaşıcı hastalıkların BZBH olduğunu (Veba, Çiçek, Tüberküloz. gibi) %80'ler dolayında doğru bilmekte ancak bazılarını da (Entamoeba histolytica, Rotavirus, Giardia intestinalis gibi) %20 ya da daha az oranda bilmektedir. Çarpıcı olan, Tetanoz gibi ölümcül, ancak önlenilebilen bir hastalığın BZBH olduğunu sadece dört öğrenciden biri bilmektedir. Dönem yılı arttıkça bilme düzeyi biraz yükselse de doğru bilme düzeyi üçte biri geçmemektedir.

Araştırmanın anket formunda isimleri verilen hastalıkların bildirimlerinin zorunlu olup olmadığını, bildirim sisteminde yer aldığı gruplar ve bildirim özelliğini doğru bilme durumları ile ilgili olarak öğrencilerin bilgi düzeyleri incelendiğinde öğrencilerin, A, B, C ve D grubu BZBH'leri çok düşük düzeyde doğru bildikleri belirlenmiştir. Dönem 6 öğrencileri Dönem 3'e göre BZBH'lerin gruplarını daha

yüksek oranda doğru bilseler de dönemler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. BZBH'lerin özelliklerine göre nereden bildirimlerinin yapıldığı konusunda bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde ise öğrencilerin %29,9'unun A grubu BZBH'lerin, %14,6'sının B grubu BZBH'lerin, %18,8'inin C grubu BZBH'lerin ve %18,8'inin D grubu BZBH'lerin kimler tarafından bildirimlerinin yapıldığını doğru bildikleri belirlenmiştir. Alışkın'ın çalışmasında tüm sağlık kurum ve kuruluşlarından bildirim zorunlu olan BZBH'lerin A ve B grubunda yer aldığını hekimlerin %0,6'sı bilmektedir (6). Topal'ın çalışmasında ise bu oran daha yüksek olup %54,4 olarak saptanmıştır (52). Laboratuvarдан bildirim yapılması gereken D grubu BZBH'leri Alışkın'ın çalışmasında hekimlerin %5,6'sı bilmiştir (6). Topal'ın çalışmasında ise bu oran %22,1 olarak belirlenmiştir (52).

Bildirimi zorunlu bir bulaşıcı hastalığın ihbar ve bildiriminden sağlık hizmeti veren bütün kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek ve tüzel kişiler sorumludur. Türkiye'de BZBH'lerin bildiriminden ülke genelinde hizmet veren tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan ve BZBH tanısı koyan hekimler sorumlu olup BZBH'lerin bildirimde kullanılan form, Form 014'tür. Form 014, bildirime esas bulaşıcı hastalık gruplarından A, B ve C grubu BZBH'de yer alan hastalıkların bildiriminde kullanılmaktadır. D grubu BZBH'de yer alan enfeksiyöz etkenlerin bildirimi, tanı koyma kapasitesine sahip veya sentinel laboratuvarlardan tespit edilen etkenleri içermekte ve Form 014-D kullanılarak yapılmaktadır (12). Alışkın'ın çalışmasında hekimlerin %29,1'i BZBH'lerin günlük bildiriminde Form 014'ün kullanıldığını bildiklerini, %39,2'si BZBH formunu tam ve doğru doldurduğunu belirtmiştir. Formu tam olarak doldurduklarını belirten hekimlerin mesleki çalışma süreleri fazladır. Aynı çalışmada BZBH'ler hakkında bilgi düzeyinin yetersiz olduğunu düşünenler BZBH'lerin bildiriminde kullanılan formları daha az doldurduklarını ve hekimlerin %69,9'u günlük bildirimde Form 014'ün kullanıldığını, %95,1'i laboratuvarдан bildirilen hastalıklarda grup D enfeksiyon etkenleri fişinin kullanıldığını bilmediklerini belirtmişlerdir. Alışkın'ın çalışmasında elde edilen bu sonuçlar hekimlerin BZBH'lerin ve sürveyansın güncellenmesine rağmen bu konulardan haberlerinin olmadığını ve zaman içerisinde bilgi düzeylerinin azaldığını ortaya koymuştur (6). Bu araştırmaya katılan öğrencilerin %7,6'sının laboratuvarlar tarafından bildirilen BZBH'lerin bildiriminde Form 014-D'nin kullanıldığını bildiği

saptanmıştır. Öğrencilerin BZBH'lerin bildiriminde kullanılan Form 014'ü bilme durumu incelendiğinde, 5 öğrenciden sadece birinin BZBH'lerin bildiriminde kullanılan Form 014'ü doğru bildiği ve dönemler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu görülmüştür. Dönem 6 öğrencilerinin Form 014'ü doğru bilme yüzdesi Dönem 3 öğrencilerinden daha yüksektir. Dönem 6 öğrencilerinin bilgi düzeylerinin daha yüksek olmasının nedeninin, Dönem 6 öğrencilerinin daha önce Dönem 4'de enfeksiyon hastalıkları stajında ve Dönem 6'da BZBH'lerle ilgili konuları tüm klinik stajlarda uygulamalı eğitim olarak almalarından dolayı, Dönem 3 öğrencilerinin ise, BZBH'lerle ilgili konuları sadece teorik ders olarak Dönem 3 Ders Kurulu içinde almalarından dolayı olduğu düşünülmektedir (58).

Bütün bu araştırmaların sonuçları, Halk Sağlığı yönünden son derece önemli bir konunun ve bulaşıcı hastalıklarla mücadeleye temel teşkil edecek ihbar ve bildirim sistemi mekanizması ve ilgili mevzuatın sadece öğrenciler değil tıp fakültesinden mezun olan halen hizmet veren hekimler arasında da "az bilindiğine" işaret etmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin ASM tarafından bildiri yapılmayan BZBH'yi bilme durumu dağılımı değerlendirildiğinde, öğrencilerin sadece %12,5'inin ASM tarafından bildiri yapılmayan BZBH'yi doğru bildiği saptanmıştır. Cezaroğlu'nun Ankara ili merkezinde seçilen ASM'lerde görev yapan aile hekimlerinin BZBH ve bildirim sistemiyle ilgili bilgi düzeylerini ve davranışlarını ortaya koyduğu çalışmasında aile hekimlerinin %81,0'ının BZBH'lerle karşılaştıklarını saptamıştır. Aile hekimlerinin en sık karşılaştıklarını belirttikleri ilk üç hastalığın; Çocukluk Çağı Döküntülü Hastalıklar (%36,0), Akut Gastroenterit (%18,7) ve Kuduz/Kuduz Riskli Temas (%12,0) olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmaya göre hekimlerin en sık bildirdikleri BZBH sırasıyla; Kuduz/Kuduz Riskli Temas, Döküntülü Hastalıklar ve Akut Gastroenterit'tir (54). Doyle ve ark.nın çalışmasında ise ABD'de Tüberküloz, HIV/AIDS ve Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların bildirimlerinin diğer tüm BZBH'lerden daha yüksek olduğu saptanmıştır (55).

Bu araştırmada ğrencilerin Kolera'nın D grubu BZBH olmadığını bilme durumu incelendiğinde öğrencilerin %19,4'ünün Kolera'nın D grubu BZBH olmadığını doğru bildiği belirlenmiştir. Alışkın'nın çalışmasında bildirim laboratuvarlardan yapılması gereken BZBH'lerin D grubunda olduğunu hekimlerin %5,6'sı bilmiiştir (6). Topal'ın çalışmasında bu oran %22,1 olarak saptanmıştır (52). Bu durum hekimlerin BZBH'ler ve bildim sistemine dair güncel mevzuat konusunda bilgi eksikliklerinin olduğunu düşündürmektedir. Bu araştırmada da öğrencilerin bilgi düzeylerinin düşük olması her ne kadar ülkedeki mevcut duruma genellenemez ise de tıp eğitimi içinde özellikle BZBH'ler ve bildirim sistemiyle ilgili konulardaki eğitimlerin yeterli düzeyde verilmediğini düşündürmektedir. B. Ü. Tıp Fakültesi Fakülte erEP'te yer alan temel hekimlik uygulamaları listesinde koruyucu hekimlik uygulamaları başlığı altında toplumda bulaşıcı hastalıklarla mücadele edebilme uygulaması bulunmamasına rağmen, B. Ü. Tıp Fakültesi Dönem 3 1. Ders Kurulu Halk Sağlığı Programı'nda, bulaşıcı hastalıkların epidemiyolojisi ile ilgili konulara, Dönem 4 staj programında BZBH'lerin izleminin önemi ve uygulanması konularıyla birlikte bazı BZBH'lerle ilgili enfeksiyon hastalıkları konularına ve Dönem 6 intörnlük eğitimi çalışma programında ise Halk Sağlığı stajında genel olarak bulaşıcı hastalıklarla mücade konusuna yer verilmektedir (58).

Uluslararası BZBH'ler B grubunda yer almakta olup tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan hekimler tarafından bildirimini yapılması zorunludur, global bağlamda da son derece önem arz etmektedir (12). Bu araştırmaya katılan Dönem 3 ğrencilerinin %40,4'ünün, Dönem 6 ğrencilerinin ise %39,1'inin Poliomyelit'in uluslararası BZBH olduğunu bildiği saptanmıştır. Alışkın'ın çalışmasında tüm sağlık kurum ve kuruluşlarından bildirimini yapılması zorunlu olan BZBH'lerin A ve B grubunda yer aldığını hekimlerin %0,6'sının bildiği, bu oranın düşük olmasının nedeninin B grubu BZBH'lerin çok nadir görülmesi ve hekimlerin bu hastalıklarla karşılaşma ihtimalinin azlığı ve bilgi eksikliğinden kaynaklandığını düşündürmektedir (6). Topal'ın çalışmasında ise bu oran %54,4 olarak saptanmıştır (52). Yapılan alışmalar, hekimlerin bu konudaki bilgi düzeylerinin düşük olmasının nedeninin, tıp fakültesi eğitiminde yer alan hem teorik hem klinik derslerde bu konuların vurgulandığı ancak Birinci Basamakta alışan hekimlerin B grubu BZBH

vakalarıyla karşılaşma olasılığı düşük olmasından dolayı zamanla bu bilgilerin unutulabildiğinden kaynaklanabileceği düşündürmektedir.

Bu araştırmada öğrenciler bulaşın önlenmesi, toplum sağlığının korunması ve salgınların engellenmesi amacıyla bulaşıcı hastalıkların bildirimini önemli bulduklarını belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan tüm öğrencilerin %22,2'si bulaşıcı hastalıkların bildirimini önemi konusunda fikirlerinin olmadığını belirtmişlerdir. Ancak Halk Sağlığı açısından oldukça önemli olan bulaşıcı hastalıkların bildirimini, hastalıkların görülme sıklığındaki değişimlerin izlenmesi, yürütülen kontrol programlarının değerlendirilmesi, bulaşıcı hastalıklarla mücadele konusunda stratejilerin belirlenmesi, koruma ve kontrol önlemlerinin değerlendirilmesi açısından son derece önemlidir. Gauci ve ark.nın yaptıkları çalışmada Malta'da genel pratisyenlerin toplum sağlığının korunması konusunda hekimlerin rolünün önemli olduğunu bildiklerini, bildirimde bulunmadıkları durumlarda ise bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığında artışlar olduğunu ve bu nedenle de bu konuya ilişkin eğitim verilmesini önemli buldukları saptanmıştır (62). Korkmaz ve ark.nın yaptıkları çalışmada ise hekimlerin BZBH hakkındaki genel davranışları değerlendirildiğinde hekimlerin %43,5'inin bildirim yapılmasının gerekli olduğunu düşündükleri sadece %11,6'sının yönetmelikte belirlenen tüm hastalıkları bildirdiklerini söyledikleri saptanmıştır (61).

Cezaroğlu'nun çalışmasında aile hekimlerinin %29,4'ünün BZBH'ler listesini incelediği ve BZBH'ler hakkındaki mevzuatı okuduğu saptanmıştır (54). Bu çalışmada da araştırma grubundaki öğrencilerin çoğunluğu (%95,1) BZBH'ler hakkındaki ilgili mevzuatı okumadıklarını ve bildirimleri mevzuata uygun olarak yapamayacaklarını belirtmişlerdir.

Bulaşıcı hastalıklarla ilgili vakalarının bildirimini yapılması bulaşıcı hastalıkların yayılmasını önleyerek gerekli koruma ve kontrol önlemlerinin alınması ve ilgili programlarının planlanması ve değerlendirilmesinde, ortak kaynaklı salgınların tespit edilmesinde uygun tanı ve tedavi hizmetlerinin uygulanmasında önemlidir. Alışkın'ın çalışmasında hekimlerin %95,0'ı BZBH bildiriminden hekimlerin sorumlu olduğunu, %63,1'i hemşirelerin, %32,9'u ise tüm sağlık personelinin sorumlu olduğunu düşündükleri tespit edilmiştir (6). Friedman ve

ark.nın çalışmasında halk sağlığı bildirimlerinin acil servis personeli (hekim, hemşire, büro personeli) tarafından yaklaşık %40, laboratuvar ve enfeksiyon kontrol komiteleri personeli tarafından da %40 oranında zamanında bildirildiği belirtilmiştir (63). Chandrasekar ve ark.nın çalışmasında İngiltere’de genel pratisyenlerin, hastanelerde çalışan doktorların, laboratuvarlarda çalışan mikrobiyoloji uzmanlarının bildirimde bulunduğu, Sri Lanka’da ise pratisyen hekimlerin bildirimde bulunduğu belirtilmiştir (64). CDC (Centers for Disease Control and Prevention-Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri) tarafından belirtilen rapora göre birçok bulaşıcı hastalık sürveyans sistemleri öncelikle hekimlerden ve diğer sağlık hizmeti sağlayıcılarından vaka raporlarının alınmasına dayanmaktadır (65). Bu araştırmaya katılan öğrencilerin çoğunluğu (%89,5) BZBH’lerle ilgili bildirimlerin hekimler tarafından yapılması gerektiğini belirtmişlerdir.

Araştırmada öğrencilerin bildirim yapmadıklarında karşılaşılabilecekleri hukuksal yaptırımlar hakkında bilgi sahibi olmadıkları saptanmıştır. Türkiye’de 1593 sayılı UHK’da da belirtildiği üzere BZBH’lerin tüm sağlık kurum ve kuruluşlarından ihbar ve bildirim yasal bir zorunluluktur (11). Bildirimlerin zamanında yapılmamasının toplum sağlığını tehlikeye sokacağı gibi kanunlarda öngörülen cezai müeyyideleri de bulunmaktadır. Mevzuat hükümleri gereğince bildirimle ilgili hükümlere aykırı davranan BZBH’leri zamanında ve eksiksiz bildirmeyen kişi ve kurum sorumluları hakkında UHK’nın 282. maddesine göre idari para cezası yaptırımı bulunmaktadır (13).

Bulaşıcı hastalıkların ihbarı, bildirimi ve sürveyans çalışmalarının yürütülmesi bu hastalıklarla mücadelenin oldukça önemli bir parçasıdır. Bulaşıcı hastalıkların bildirim ve sürveyans sistemiyle ilgili çoğu ülkede sorunlar mevcuttur. Janati ve ark.nın çalışmasında bildirim sisteminin değişimi, geliştirilmesi, güncellenmesi ve sürekli izlenmesi bu noktada oldukça önemlidir. Bildirim süreci farklı bölgelerde değişiklikler gösterse de, sistem tasarımında bütünlük ve zamanındalık oldukça önemli ilkelere sahiptir. Ayrıca bildirim sistemi entegrasyonunun verimli olmasında bu konuda yapılacak mevzuat güncellemelerinin de en önemli unsur olduğu belirtilmiştir (66). Durusoy ve ark.nın çalışmasında BZBH bildirimlerinin Türkiye’de yeterli düzeyde yapılmadığı ve BZBH’lerin yeterli

düzeyde bildirimlerinin yapıp yapılmadığına dair az sayıda çalışma bulunduğu belirtilmektedir (67). Mansuri ve ark.nın çalışmasında ise genel pratisyenlerin %78'inin bulaşıcı hastalıklar tanısı koyduğu ancak %50'sinin bildirim yapılmasını önemli buldukları belirtilmektedir (53). Cezaroğlu'nun çalışmasında aile hekimlerinin BZBH'ler konusunda bildirim yapmamasının nedenleri incelenmiş ve çalışma sonuçlarına göre bildirim sisteminin uzun prosedürünün olması, filyasyon çalışmasının istenmesi ve bildirim sistemi için kullanılan bilgisayar programının taşıdığı özelliklerden dolayı aile hekimlerinin yeterli düzeyde bildirim yapmadıklarını belirttikleri saptanmıştır (54). Bu çalışmada araştırmaya katılan öğrencilerin çoğunlukla BZBH'lerin bildirim mekanizması hakkında fikirleri olmadığı, bildirim mekanizmasını yetersiz buldukları ve öğrencilerin sadece %6,2'sinin Türkiye'de bildirimlerin yeterli düzeyde yapıldığını düşündükleri saptanmıştır.

Mansuri ve ark.nın çalışmasında birinci basamak hekimlerinin bildirim sistemi konusunda bilgilerinin eksik olduğu, hekimlerin çoğunlukla zaman kısıtlılığı ve bildirim süreçlerinin zorlayıcı olması gibi nedenlerden ötürü bulaşıcı hastalıklara tanı koydukları ancak bildirimde bulunmadıkları belirtilmiştir (53). Janati'nin çalışmasında insan kaynağındaki eksikliklerin, bildirimden sorumlu kişilerin iş yükünün fazla olmasının ve bildirim sistemiyle ilgili görev yapan personelin bilgi düzeyleri ve farkındalıklarının düşük olmasının bildirim sistemi konusunda sorunlar oluşturduğu belirtilmektedir. Bildirimler için standart süreçlerin olmaması, bildirimlerin analiz edilmemesi, bildirim konusunda personele uygun eğitim verilmemesi ve elektronik düzeyde bildirimlerin eğitimi ve onarımı için yüksek maliyetlerin ortaya çıkması bildirim sorunları içinde yer almaktadır. Ayrıca bildirimler konusunda geri bildirimlerin yapılmaması, özel sektör verilerine erişilememesi ve bildirim sistemi için sınırlı mali bütçelerin olması da bildirim sürecindeki sorunlar arasında gösterilmiştir (66). İbrahim ve Uçku'nun çalışmasında bildirimlerin yeterli düzeyde yapılmaması nedeniyle hastalıkların epidemiyolojisi hakkında yeterli bilgilere ulaşılamayacağı belirtilmiştir. Bu konuda gerekli çalışmalar yapılırsa toplumda görülen hastalıklara ilişkin gerçek verilerin saptanabileceği ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele konusunda etkin stratejilerin ortaya konulabileceği belirtilmiştir (51).

BZBH'ye ait bildirimlerin zamanında ve eksiksiz bir şekilde yapılması, Halk Sağlığı eylemlerinin hızlı gerçekleştirilmesinin yanı sıra, toplumun her düzeyinde gerekli önlemlerin önceden alınması ve bulaşıcı hastalıkların seyrindeki değişimlerin gözlenmesi gibi nedenler açısından gereklidir. Bulaşıcı hastalıklar ve bildirim sistemi konusunda eğitimlerin verilmesi, bildirimlerinin artmasına da katkı sağlayacaktır. Hekimlerin BZBH'lerin bildiri konusunda farkındalıklarının artırılması, mezuniyet öncesi tıp fakültesi eğitimlerinde bu konuya yer verilmesi temeline dayanmaktadır. Bu noktada hekimler üzerinde yapılan çalışmalarda da eğitimlerin verilmesine ve sürekliliğinin sağlanmasına dikkat çekilmektedir. Alışkın'ın çalışmasında hekimlerin bildirimlerin artırılması konusunda görüşleri sorulduğunda en fazla BZBH'ler konusunda eğitimlerin verilmesini önerdikleri belirtilmiştir (6). Korkmaz ve ark.nın çalışmasında da bulaşıcı hastalıkların bildirimleriyle ilgili hekimlerin bilgi düzeyinin yetersiz olduğu saptanmıştır (61). Turnberg ve ark.nın çalışmasında bildirimlerle ilgili farkındalığın ve bilgi düzeyinin artırılması için birinci basamak ve acil servislerde çalışan hekim ve hemşirelere eğitimler verilmesi gerektiği belirtilmiştir (68). Friedman ve ark.nın çalışmasında acil serviste görev yapan hekimlerin çoğunluğu bildirimlerin artırılmasında BZBH'ler listesinin güncel olmasını, eğitimlerin devamlılığının sağlanmasını ve bildirim sistemi mekanizmasının kolaylaştırılmasının gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Aynı çalışmada hekimler, bildirimlerde laboratuvar birimlerinin ve enfeksiyon kontrol komitelerinin sorumluluk alması, BZBH listesinin azaltılması ve bildirimlerin yapılmadığı durumlarda yaptırımların uygulanması gerektiğini belirtmişlerdir (63). Bu çalışmada da araştırmaya katılan öğrencilerin çoğunlukla BZBH'ler konusunda eğitim aldıkları ancak öğrencilerin eğitimin yeterliliği konusundaki görüşleri değerlendirildiğinde alınan eğitimi çoğunlukla kısmen yeterli veya yetersiz buldukları saptanmıştır.

Tan ve ark.nın Su çiçeği bildiri örneği üzerinden Tayvan'da ulusal bildiri zorunlu hastalıkların sörveyans sisteminin değerlendirilmesi konulu çalışmasında ülkenin birçok bölgesinden az sayıda vakaların bildirimlerinin yapıldığını, bu sebeple hastalık prevalansı ve bağışıklamanın değerlendirilemediğini, bulaşıcı hastalık bildirimlerin artırılmasında hekimlerin bilgi düzeyleri ve tutumlarının geliştirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir (69). Krause ve ark.nın çalışmasında BZBH listesinin hekimler tarafından iyi bilinmediği ve hekimlere

BZBH'lerle ilgili sürveyans sistemi hakkında sürekli bilgilendirmeler yapılması gerektiği belirtilmiştir (70). Aniwada ve ark.nın çalışmasında bulaşıcı hastalıkların hızlı bir şekilde bildirilmesinin yerel, bölgesel ve ulusal düzeylerdeki Halk Sağlığı eylemlerinin gerçekleştirilmesinde hastalık eğilimlerinin izlenmesi açısından gerekli olduğu, sağlık çalışanlarının çoğunun bulaşıcı hastalıkların bildirim konusunda yeterli düzeyde eğitim alamadığı ve motive edilemediği belirtilmiştir (71). Korkmaz ve ark.nın çalışmasında bulaşıcı hastalıkların bildirimle ilgili hekimlerin bilgi düzeylerinin mesleki deneyim, unvan, yaş ve cinsiyet gibi etmenlerden bağımsız olduğu, bilgi düzeyinin yüksek saptanmasının eğitimle ilişkili olduğu belirtilmiştir. Bu noktada hizmet içi eğitimlerde BZBH'ler konusuna öncelik verilmesi ve eğitimlerin sürekliliği sağlanarak hekimlerin bilgi düzeylerinin artırılması gerektiği belirtilmiştir (61). Bu araştırmada da öğrencilerin tıp fakültesi, hizmet içi eğitim ve sürekli tıp eğitimi kapsamında BZBH'ler ve bildirim sistemi konusunda eğitim almak istedikleri hakkında görüş belirttikleri saptanmıştır.

Çalışmaya katılan öğrenciler bildirim sistemi ve BZBH'ler konusunda uygulanan anketin bilgi ve farkındalıklarını artırdığını ve bu konuda kendilerinde yaklaşım değişikliği oluşturduğunu belirtmişlerdir. BZBH'lerin bildirilmesinin temel amacı, hastalığın yayılmasını, salgınları, ölümleri veya engellilikleri önlemektir. BZBH'lerin bildirim ve sürveyans sistemi, hastalıkların insidansı ve prevalansı hakkında hızlı tanımlama yapabilen, olası salgınlara veya halk sağlığı tehdidi oluşturabilecek durumlara ilişkin uyarıları gerçek zamanlı analizlerle belirleyebilen, doğru ve tutarlı veriyi sağlayabilen özelliklere sahip sistemler olmalıdır. Verilerin tamlığı ve güncel olması sağlanarak bildirim sisteminin nitelikli çalışması ve elde edilen verilere uygun çalışmaların yürütülmesi bulaşıcı hastalıklarla etkin mücadelenin sürdürülmesinin temel ilkeleridir. Bu ilkelere ulaşmanın temel stratejilerinden birisi de mezuniyet öncesi tıp fakültesi eğitimlerinde BZBH ve bildirim sistemi konularına yer verilmesidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Halk Sağlığı açısından son derece önemli olan BZBH'ler tüm hekimlerin mesleki yaşamlarında karşılaşılabilecekleri ve gereğini yapma yükümlülükleri olan bir konudur. Bu konudaki farkındalık, bilgi ve eğitim hekimlere daha öğrencilik dönemlerinde kazandırılması gerektiği noktasından hareketle, Tıp Fakültesi 2017-2018 öğretim yılı Dönem 3 ve Dönem 6 öğrencilerinin bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklara ilişkin bilgi düzeylerinin ve görüşlerinin değerlendirildiği bu araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmış ve önerilerde bulunulmuştur;

- Bu araştırmada üç öğrenciden sadece birinin BZBH konusunda genel olarak doğru bilgiye sahip olduğu, üç öğrenciden ikisinin bilgilerinin yanlış olduğu ya da hiç bilmediği saptanmıştır. Bu sonuç öğrencinin eğitim dönemine göre değişmemektedir. Yani, Dönem 3 öğrencisinin bilgi düzeyi ile mezun olma yılına gelen Dönem 6 öğrencisinin bilgi düzeyi benzerdir.
- Öğrencilerin Veba, Tüberküloz, Çiçek gibi bazı bulaşıcı hastalıkların BZBH olduğunu çoğunlukla doğru bildiği, ancak Entamoeba histolytica, Rotavirus, Giardia intestinalis gibi daha sık görülen hastalıkları ise daha az oranda doğru bildiği saptanmıştır. Dönem yılı arttıkça bilme düzeyi biraz yükselse de doğru bilgi üçte biri geçmemektedir. Bu noktada hangi hastalıkların BZBH olduğu konusunda tıp eğitimi süresince klinik stajlarda bulaşıcı hastalıklarla ilgili uygulamalarda önemli olacak konularda eksiklikler bulunduğu dikkate alınarak daha fazla eğitim verilmelidir.
- Araştırma grubundaki beş öğrenciden sadece biri BZBH'lerin genel bildirim formu olan Form 014'ü doğru bilmektedir. Bu bilgi düzeyi Dönem 3 öğrencilerine kıyasla Dönem 6 öğrencilerinde daha yüksektir; Ancak laboratuvarlardan bildirim zorunlu enfeksiyon etkenlerinin bildiriminde kullanılan Form14-D, her iki dönem öğrenci grubu tarafından da bilinmemektedir. Bu bulgular eğitim programı oluşturulurken BZBH'lerin bildiriminde kullanılan formların neler olduğu ve BZBH bildirimlerinin tıp

öğrencilerinin mezuniyetten sonra bizzat yapacakları bir görev olması nedeniyle bildirimde kullanılan formların eksiksiz olarak doldurulmasının önemi konuları da eğitime dahil edilmelidir.

- Araştırmada öğrencilerin BZBH'lerle ilgili güncel mevzuatı yeterli düzeyde bilmediği, BZBH'lerin bildirim yapılmadığında kendilerinin karşılaşılabilecekleri hukuksal yaptırımlar hakkında da bilgi sahibi olmadıkları saptanmıştır. İleriki meslek yaşamlarında kendilerine hukuksal sorumluluk getirecek bu konu, bilgi düzeylerini artıracak ölçüde vurgulanmalıdır.
- Öğrencilerin büyük çoğunluğu daha önce bulaşıcı hastalıklar konusunda eğitim aldığını belirtmiştir ve dönemler arası fark istatistiksel olarak da anlamlıdır, yani Dönem 6'ya kadar öğrenciler konuyla ilgili artan düzeyde eğitim almaktadır. Ancak bu bulgu, araştırmada incelenen hususların çoğunda büyük bir bilgi farkı yaratmadığına göre, bu sonuç, tıp fakültesinin eğitim içeriğinin daha ayrıntılı araştırma ve değerlendirmelerle incelenmesi gerektiğini düşündürmüştür.
- Tıp fakültesinden mezun olan hekimlerin önemli bir bölümünün Birinci Basamak sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde görev alabileceği göz önüne alınarak mezuniyet öncesi tıp fakültesi eğitimlerinde, birinci basamakta sunulacak hizmetlerin en önemlilerinden biri olan BZBH'ler öncelikli konular arasında yer almalı ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele konusunda öğrencilerin bilgi düzeyleri ve farkındalıklarının artırılması, BZBH'lerin bildirim algoritmaları, bildirim mekanizması gibi konularda yeterli düzeyde bilgi sahibi olmaları sağlanmalıdır.
- Dönem 1, Dönem 4, Dönem 5 ve Dönem 6 eğitim müfredatında ve BZBH'lerin en sık tanı konduğu klinik stajlarda, BZBH ve bildirim sistemi konuları hem teorik hem de uygulamalı olarak dahil edilmeli, bildirimlerin doğru ve eksiksiz bir şekilde yapılması konusunda öğrencilerde farkındalık geliştirilmesi sağlanmalıdır.

- Araştırmada Donem 3 ve Donem 6'da eēitim alan ogrencilerin BZBH'lerin sayısını ve gruplarını bilme konusundaki bilgi duzeylerinin de yetersiz olduēu saptanmıştır. Belirtilen her iki sonuca gore; Ulusal EP'te toplumda bulaşıcı hastalıklarla mucadele konusuna mutlaka yer verilmesi ve tıp fakultelerinin kendi EP'lerinin Ulusal EP çerçevesinde hazırlanarak, temel hekimlik uygulamaları listesinde koruyucu hekimlik uygulamaları bařlıēı altında bu konuların yer alması saēlanmalıdır.
- Başkent niversitesi Tıp Fakultesi ozelinde de EP'te bulunan temel hekimlik uygulamaları listesinde koruyucu hekimlik uygulamaları bařlıēı altında Bulaşıcı Hastalıklarla Mucadele edebilme becerisi kazandırılmalıdır.
- Mevcut yayınlanmış araştırmalar Turkiye'de mezun hekimlerin zellikle BZBH'ler konusunda yeterli bilgi duzeyine sahip olmadıēına işaret etmektedir. Bu bulgu araştırma bulguları ile birlikte yorumlandıēında, bilgi eksikliēinin temelini tıp eēitimi donemine dayandıēını duşundurmaktadır. Bu nedenle zellikle ileri araştırmalarla "Temel Saēlık Hizmetleri (TSH)" kapsamına giren başlıklarla ilgili, durum tespiti ve deēerlendirmeler yapılarak, ncelikle saptanan gerçekler iřıēında tıp eēitim mufredatı yeniden yapılandırılabilir. Ek olarak mezuniyet sonrası hizmet içi eēitimlerde bu eksiklikler dikkate alınarak yeniden duzenlenebilir ve bu konuda duzenlenecek eēitimlerin kurumsallaştırılarak surdurulebilirliēi artırılabilir.
- BZBH'ler ve bildirim sistemi konusunda hekimlerin bilgi ve bildirim duzeyini ortaya koyacak çalışma literaturde fazla yer almamaktadır. Bu konularda daha kapsamlı araştırmalar yapılmalı ve araştırma sonuçları her tur bilimsel iletişim kanalları ile paylaşılarak konunun nemine dikkat çekilmelidir.

7. KAYNAKLAR

1. What is the WHO Definition of Health. World Health Organization. Erişim: (<http://www.who.int/suggestions/faq/en/>). Erişim Tarihi: 04/11/2017.
2. Fişek NH. Halk Sağlığına Giriş. Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma. Araştırıcı Yetiştirme Merkezi Yayını. No.2, Çağ Matbaası, Ankara, 1985.
3. Aksakoğlu G. Bulaşıcı Hastalıkla Savaşım. Üçüncü Yazım. İzmir: DEÜ Rektörlük Basımevi, S.226-229, 2008.
4. Tezcan S. Temel Epidemiyoloji Hipokrat Kitabevi. Ankara, 2017.
5. Akın L. Bulaşıcı Hastalıkların Önemi. Halk Sağlığı Temel Bilgiler 3. S.1350-1353, Ankara, 2015.
6. Alışkın Ö. Antakya'da Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıkların Bildirim Durumu, Hekimlerin Bildirim Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. Uzmanlık Tezi, Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2014.
7. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü Tarihçesi. Erişim: (<http://www.hssgm.gov.tr/Tarihce>) Erişim Tarihi: 04/11/2017.
8. Türkiye'de Bulaşıcı Hastalıkların Sürveyansı ve Kontrolü Sisteminin Güçlendirilmesine Dair Ulusal Stratejik Plan. 2008-2013.
9. T.C. Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıklar İhbarı ve Bildirimi Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberi. Erişim: (<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1442,bhastalikteditavipdf.pdf?0>). Erişim Tarihi: 04/11/2017.
10. T.C. Sağlık Bakanlığı 30/05/2007 tarih ve 26537 sayılı Resmi Gazete Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği. Erişim: (<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070530-9.htm>). Erişim Tarihi: 04/11/2017.
11. T.C. Sağlık Bakanlığı 02/04/2011 tarih ve 27891 sayılı Resmi Gazete Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği. Erişim: (<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110402-3.htm>). Erişim Tarihi: 04/11/2017.
12. Bulaşıcı Hastalıkların İhbar ve Bildirim Sistemi Genelgesi. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Erişim: (http://www.thsk.gov.tr/dosya/mevzuat/genelge/2015_18.pdf). Erişim Tarihi: 20/10/2017.
13. Umumi Hıfzısıhha Kanunu. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Erişim: (<http://www.thsk.gov.tr/mevzuat/kanunlar.html>). Erişim Tarihi: 19/10/2017.
14. Constitution of the World Health Organization: Principles. Erişim: (<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>). Erişim Tarihi: 20/10/2017.

15. Kartal N. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde 2007 Yılı Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıkların Bildirim Durumu Bildirimle İlgili Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Edirne, 2010.
16. Porta M. editor. Greenland S. Hernán M. dos Santos Silva I. Last JM. associate editors. "A Dictionary of Epidemiology". 6th. edition. New York Oxford University Press. USA. S.200, 2014.
17. Singh S. Pandya Y. Patel R. Paliwal M. Wilson A. Trivedi S. Surveillance of Device-Associated Infections at A Teaching Hospital in Rural Gujarat - India. Indian J Med Microbiol. 28:342-7, 2010.
18. German RR. Lee L. Horan J. Milstein R. Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems Recommendations from the Guidelines Working Group. MMWR Recommendation Report 2001. Erişim: (<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5013a1.htm>). Erişim Tarihi: 04/02/2018.
19. Garcia-Abreu A. Halperin W. Danel I. Public Health Surveillance Toolkit. World Bank; Washington D.C: 2002.
20. Akın L. Bulaşıcı Hastalıklarda Sürveyans. Halk Sağlığı Temel Bilgiler 3. S.1368-1374, Ankara, 2015.
21. Thacker S. Birkhead G. Surveillance. Field Epidemiology. Third Edition. Oxford University Press, S.38-64, 2008.
22. Bulaşıcı Hastalıklar ile Mücadele Rehberi Genelgesi. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Erişim: (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/mevzuat/genelgeler.html>). Erişim Tarihi: 04/02/2018.
23. Teutsch S. Consideration in Planning a Surveillance System. Principles and Practice of Public Health Surveillance. Third Edition. Oxford University Press, S.18-32, 2010.
24. Initiating Second Generation HIV Surveillance Systems: Practical Guidelines UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS/STI Surveillance. Erişim: (<http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/guidelines/en/>). Erişim Tarihi: 05/02/2018.
25. Birengel S. Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar. Kurt H. Gündeş S. Geyik F. Enfeksiyon Hastalıkları. İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri. S.489-492, 2013.
26. Farmer R. Lawrenson R. Lecture Notes Epidemiology and Public Health Medicine. Fifth Edition. Blackwell Publishing. S.103-113, 2004.
27. The Johns Hopkins and Red Cross Red Crescent Public Health Guide in Emergencies. Second Edition. Chapter 7. Control of Communicable Diseases in Emergencies. S.284-363, 2008. Erişim: (<https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Forward.pdf>). Erişim Tarihi: 08/03/2018.
28. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararname. 25/08/2017 tarih ve 30165 sayılı Resmi Gazete. T.C. Sağlık Bakanlığı Erişim: (<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/4.5.663.pdf>). Erişim Tarihi: 10/02/2018.

29. Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼ Hizmet Birimleri ve G¼revleri Hakkında Y¼nerge. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼. Erişim: (<https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/haberler/hsgm-yonerge/hsgm-yonerge.pdf>). Erişim Tarihi 11/03/2018.
30. Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile alışma Usul ve Esaslarına Dair Y¼nergesi. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼. Erişim: (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/mevzuat/yonergeler.html>). Erişim Tarihi: 11/03/2018.
31. Toplum Sağlığı Merkezi ve Bağlı Birimler Y¼netmelięi. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼. Erişim: (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/mevzuat/yonetmelikler.html?start=45>). Erişim Tarihi: 11/03/2018.
32. Seçkin R. Akalın H. Bulaşıcı Hastalıklarda S¼rveyans: Niçin? Nasıl? Ne Durumdayız? Uludağ Üniversitesi Tıp Fak¼ltesi Dergisi, 2008. Erişim: (<http://dergipark.gov.tr/download/article-file/420780>). Erişim Tarihi: 11/03/2018.
33. T¼rkiye Hudut Sahiller ve Sağlık Genel M¼d¼rl¼ę¼ 2018-2022 Stratejik Planı. Erişim: (<http://www.hsgm.gov.tr/StratejikPlanlar>). Erişim Tarihi: 01/07/2018.
34. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Eğitimi Rehberi. Bulaşıcı Hastalıklar ve Salgın Kontrol¼. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼ Toplum Sağlığı Hizmetleri ve Eğitim Dairesi Başkanlığı. S.71-83, Ankara, 2018.
35. WHO. World Health Statistics 2017. Monitoring Health For The Sustainable Development Goals. Part 2 Status of The Health-related Sustainable Development Goals. Infectious Diseases. S.29-34, 2017. Erişim: (http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/). Erişim Tarihi: 31/03/2018.
36. AIDS by the numbers: AIDS is not over, but it can be. Geneva: UNAIDS; 2015 Estimates by WHO region were calculated by WHO. Erişim: (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS-by-the-numbers2016_en.pdf). Erişim Tarihi: 31/03/2018.
37. World Malaria Report 2016. World Health Organization. Geneva, 2016. Erişim: (<http://www.who.int/malaria/publications/world-malariareport2016/report/en/>). Erişim Tarihi 31/03/2018.
38. Global Tuberculosis Report 2016. World Health Organization. Geneva. 2016. Erişim: (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250441/1/9789241565394-eng.pdf>). Erişim Tarihi: 31/03/2018.
39. Global Health Estimates 2015: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region 2000–2015. World Health Organization. Geneva. 2016. Erişim: (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html). Erişim Tarihi 31/03/2018.
40. Global Hepatitis Report 2017. World Health Organization. Geneva, 2017. Erişim: (<http://www.who.int/hepatitis/publications/globalhepatitis-report2017/en/>). Erişim Tarihi 31/03/2018.
41. Estimates of National Immunization Coverage. World Health Organization. July, 2016. Erişim: (<http://www.who.int/immunization/en/>). Erişim Tarihi: 31/03/2018.

42. Neglected Tropical Diseases, Global Health Observatory Data. Preventive Chemotherapy Data Portal. World Health Organization. 2016. Erişim: (http://www.who.int/gho/neglected_diseases/en/). Erişim Tarihi: 31/03/2018.
43. Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı Faaliyet Raporu 2017. Faaliyetlere İlişkin Bilgi ve Değerlendirmeler. Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele ve Kontrol Programları. T. C. Sağlık Bakanlığı. S.80-85, Ankara, 2018.
44. Mezuniyet Öncesi Ulusal Tıp Eğitimi Çekirdek Eğitim Programı. T.C. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi. Erişim: (http://tip.baskent.edu.tr/kw/upload/600/dosyalar/egitim/Ulusal_CEP.pdf). Erişim Tarihi: 11/06/2018.
45. Kaynak Mezuniyet Öncesi Ulusal Halk Sağlığı Programı. T.C. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi. Erişim: (<http://hasuder.org/anasayfa/index.php/easy-to-start/256-mezuniyet-oencesi-t-p-egitiminde-halk-sagl-g-egitimi>). Erişim Tarihi: 11/06/2018.
46. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilgi Paketi. Genel Bilgi Bölümü. T.C. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi. Erişim: (<http://tip.baskent.edu.tr/kw/index.php>). Erişim Tarihi: 18/04/2018.
47. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilgi Paketi, Kurum Hakkında Bölümü. T.C. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi. Erişim: (<http://angora.baskent.edu.tr/bilgipaketi/?dil=TR&menu=kurumsal&inner=kurumHakkında>). Erişim Tarihi: 15/05/2018.
48. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Mezuniyet Öncesi Eğitim. T.C. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi. Erişim: (<http://tip.baskent.edu.tr/kw/genel.php?birim=600&id=5848>). Erişim Tarihi: 11/06/2018.
49. The Top 10 Causes of Death. World Health Organization. Erişim: (<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>). Erişim Tarihi: 12/06/2018.
50. Durusoy R. Karababa A. Sağlık Bakanlığı Eğitim Hastaneleri Bulaşıcı Hastalıkları Daha Yüksek Oranda Bildiriyor. Türkiye Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi. 67(1):1-12, 2010. Erişim: (<http://www.journalagent.com/turkhijyen/pdfs/THDBD-28247-RESEARCH-ARTICLE-DURUSOY.pdf>). Erişim Tarihi: 16/06/2018.
51. İbrahim İ. Uçku R. Bir Üniversite Hastanesi Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalık Bildirimlerinin Değerlendirilmesi (2005-2008). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi. Halk Sağlığı Anabilim Dalı. İzmir, 2012. Erişim: (<http://dergipark.gov.tr/download/article-file/53539>). Erişim Tarihi: 16/06/2018.
52. Topal S. Hatay İlinde 2009 Yılında İkinci Basamak Sağlık Kurumlarında Tanısı Konulan A Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıkların Bildirim Durumunun ve Bildirime Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, 2012.

53. Mansuri F. Borhany T. Kalar M. Factors Responsible For Under Reporting Of Notifiable Infectious Diseases by General Practitioners: A Veiled Reality, Department of Community and Family Medicine. Taibah University. Al Madina Munawara KSA and Department of Community Medicine. Karachi Medical and Dental College. Karachi, Pakistan, 2014. Erişim: (<http://www.thebiomedicapk.com/articles/380.pdf>). Erişim Tarihi: 17/06/2018.
54. Cezaroğlu Y. Ankara İli Merkezinde Görev Yapan Aile Hekimlerinin, Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar ve Bildirim Sistemi Hakkındaki Bilgi Düzeyi ve Davranışları. Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara, 2016.
55. Doyle TJ. Glynn MK. Groseclose SL. Completeness of Notifiable Infectious Disease Reporting in The United States: An Analytical Literature Review. Am J Epidemiol, 2002. Erişim: (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11978592>). Erişim Tarihi: 18/06/2018.
56. Karakoç YF. Önde M. Yeğin E. Bir Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesinde 2016 Yılı Bildirimi Zorunlu Hastalık Dağılımı ve Bildirimde Saptanan Sorunlar. 19. Uluslararası Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, 2017. Erişim: (http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/19uhsk.pdf). Erişim Tarihi: 20/06/2018.
57. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı. Yükseköğretim Kurulu. Nisan, 2014. Erişim: (http://www.yok.gov.tr/documents/10279/38058561/tip_fakultesi_cep.pdf). Erişim Tarihi: 22/06/2018.
58. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Ders Programları Akademik Takvimi. T.C. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi. Erişim: (http://tip.baskent.edu.tr/kw/menu_icerik.php?birim=600&menu_id=14). Erişim Tarihi: 23/06/2018.
59. Ulusal Hastalık Yükü Çalışması Sonuçları ve Çözüm Önerileri, T.C. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi. Ankara, 2017. Erişim: (http://www.tip.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/ulusal_program.pdf). Erişim Tarihi: 24/06/2018.
60. Sağlık İstatistikleri Yıllığı. T. C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. S.31-35, Ankara, 2017.
61. Korkmaz M. Uysal C. Durmaz U. Ezin Ö. Deveci Ö. İpek D. Palancı Y. Akpolat N. Bir Üniversite Hastanesi'nde Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalık Bildirimleri İle İlgili Hekimlerin Bilgi Düzeyleri. T.C. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi. Diyarbakır, 2015. Erişim: (<http://dergipark.gov.tr/download/article-file/206237>). Erişim Tarihi: 24/06/2018.
62. Gauci C. Gilles H. O'Brien S. Mamo J. Calleja N. General Practitioners Role in the Notification of Communicable Diseases Study in Malta. Euro Surveill. 12 (11):E5-6, 2007. Erişim: (<http://europepmc.org/abstract/MED/18005655>). Erişim Tarihi: 24/06/2018.

63. Friedman SM. Sommersall L. Gardam M. Arenovich T. Suboptimal Reporting of Notifiable Diseases in Canadian Emergency Departments: A Survey of Emergency Physician Knowledge, Practices and Perceived Barriers. *Canada Communicable Disease Report*. 2006. Erişim: (<http://atlantique.phac.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/06pdf/cdr3217.pdf>). Erişim Tarihi: 25/06/2018.
64. Chandrasekar K. Mahesan S. Bath P. Notifiable Disease Surveillance in Sri Lanka and the United Kingdom: A Comparative Study. *Sri Lanka Journal of Bio Medical Informatics* 4(1): 14-22 2013. Erişim: (https://www.researchgate.net/publication/315461241_Notifiable_disease_surveillance_in_Sri_Lanka_and_the_United_Kingdom_a_comparative_study). Erişim Tarihi: 25/06/2018.
65. Mandatory Reporting of Infectious Diseases by Clinicians. *MMWR Recommendations and Reports*. June 22, 39(RR-9);1-11,16-17, 1990. Erişim: (<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001665.htm>). Erişim Tarihi: 25/06/2018.
66. Janati A. Hosseiny M. Gouya M. Moradi G. Ghaderi E. Communicable Disease Reporting Systems in the World: A Systematic Review Article *Iranian Journal of Public Health*. Iran, Nov; 44(11): 1453-1465, 2015. Erişim: (<https://europepmc.org/articles/PMC4703224>). Erişim Tarihi: 25/06/2018.
67. Durusoy R. Kantar M. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Bulaşıcı Hastalık Bildirimlerini Geliştirmek İçin Laboratuvar Tanılarının Kullanımı ve Bulaşıcı Hastalıklar Bildirim Komitesinin Rolü. *T.C. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi*. İzmir, 2009. Erişim: (http://egetipdergisi.com.tr/pdf/pdf_EGE_396.pdf). Erişim Tarihi: 25/06/2018 Saat 21:10)
68. Turnberg W. Daniell W. Duchin J. Notifiable Infectious Disease Reporting Awareness Among Physicians and Registered Nurses in Primary Care and Emergency Department Settings. *American Journal of Infection Control*. 38(5):410-2, 2010. Erişim: (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196655309008992>). Erişim Tarihi: 26/06/2018.
69. Tan HF. Chang CK. Tseng HF. Lin W. Evaluation of the National Notifiable Disease Surveillance System in Taiwan: an Example of Varicella Reporting. *Vaccine*. 25(14):2630-3, 2007. Erişim: (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17270318>). Erişim Tarihi: 26/06/2018.
70. Krause G. Ropers G. Stark K. Notifiable Disease Surveillance and Practicing Physicians. *Emerging Infectious Diseases*. Centers For Disease Control and Prevention. Vol 11, Number 3 11(3): 442-445, 2005. Erişim: (https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/11/3/04-0361_article). Erişim Tarihi: 26/06/2018.
71. Aniwada E. Obionu C. Disease Surveillance and Notification, Knowledge and Practice Among Private and Public Primary Health Care Workers in Enugu State, Nigeria: A Comparative Study, *British Journal of Medicine and Medical Research* 13(3): 1-10, Nigeria, 2016. Erişim: (<http://www.sciencedomain.org/abstract/12901>). Erişim Tarihi: 26/06/2018.

72. Vlieg WL. Fanoy EB. Van Asten L. Liu X. Yang J. Pilot E. Bijkerk P. Van Der Hoek W. Krafft T. Van Der Sande MA. Liu Q. Comparing National Infectious Disease Surveillance Systems: China and the Netherlands. *BMC Public Health*. 8;17(1):415, 2017. Erişim: (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28482830>). Erişim Tarihi 30/06/2018.
73. I. Ulusal Sağlık Kongresi, Bulaşıcı Hastalıklar Çalışma Grubu Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı. S.24-28, Ankara, 1992.
74. Özer S. Türkiye’de Trahomla Mücadele (1925-1945). T.C. Ankara Üniversitesi Türk İnkılâp Tarihi Enstitüsü Atatürk Yolu Dergisi. S.121-152, 2014 Erişim: (<http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/45/1993/20819.pdf>). Erişim Tarihi: 01/08/2018.
75. Tuğluoğlu F. Türkiye’de Sıtma Mücadelesi (1924-1950). T.C. Aksaray Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Tarih Bölümü. Türkiye Parazitoloji Dergisi. 32 (4): 351 - 359, Aksaray, 2008. Erişim: (http://turkiyeparazitolog.org/sayilar/35/buyuk/pdf_TPD_3921.pdf). Erişim Tarihi: 01/08/2018.
76. Hot İ. Ülkemizde Frengi Hastalığı ile Mücadele. T.C. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı. Türkiye Klinikleri J Med Ethics. 12(1):36-43, İstanbul, 2004. Erişim: (<http://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-ulkemizde-frengi-hastaligi-ile-mucadele-35044.html>). Erişim Tarihi: 02/08/2018.
77. Özkaya H. Cumhuriyet Döneminde Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 20 (2): 77-84, İstanbul. 2016. Erişim: (<http://www.turkailehekderg.org/makaleler/tip-tarihi/cumhuriyet-doneminde-bulasici-hastaliklarla-mucadele/>). Erişim Tarihi: 01/08/2018.
78. Gülaçtı U. Üstün C. Gürger M. Şahan M. Saticı Ö. Kuduz Şüpheli Temas Vakalarının Epidemiyolojisi ve Kuduz Profilaksisi Uygulamasının Değerlendirilmesi. Elazığ Harput Devlet Hastanesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 32(3):759-65, 2012. Erişim: (<http://www.turkiyeklinikleri.com/article>). Erişim Tarihi: 02/08/2018.
79. Tamzok H. Kük M. Çobanoğlu N. Hukuki ve Etik Boyutlarıyla Sokak Hayvanları. T.C. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 4(1), Ankara, 2013. Erişim: (<http://sobild.ankara.edu.tr/index.php/sobild/article/view/731>). Erişim Tarihi: 02/08/2018.
80. Kuduz Hastalığından Korunma ve Kuduz Hastalığı İle Mücadele Yönetmeliği. Mevzuat Bilgi Sistemi. T.C. Tarım ve Orman Bakanlığı. Erişim: (<https://www.tarim.gov.tr/Mevzuat/Yonetmelikler>). Erişim Tarihi: 02/08/2018.
81. Kuduzla Mücadele ve Profilaksi Uygulamaları Genelgesi. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Erişim: (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/mevzuat/genelgeler.html>). Erişim Tarihi: 02/08/2018.
82. Toplum Sağlığı Merkezlerinin Kapatılması. 26.07.2018 tarih ve 1218 sayılı Makam Onayı Yazısı. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları Planlama ve Organizasyon Dairesi Başkanlığı. 2018.

8. EKLER

EK 1: Proje Onayı



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu



Sayı : 94603339-604.01.02/ 46407
Konu : Proje Onayı

26/12/2017

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Halk Sağlığı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ekin Çubukçu tarafından yürütülecek olan KA17/343 nolu "Tıp fakültesi 2017-2018 öğretim yılı dönem 3 ve dönem 6 öğrencilerinin bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklara ilişkin bilgi düzeylerinin ve görüşlerinin değerlendirilmesi" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz tarafından uygun bulunmuştur. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayımlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ
Kurul Başkanı

Not: Çalışma bildiri ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanın eklenmesi gerekmektedir.

— Bu çalışma Baskent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Baskent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

Taşkent Caddesi (Eski 1. Caddesi) 77. Sokak (Eski 16. Sokak) No:11 06490 Bahçelievler / Ankara
Birim Telefon No: 0 312 212 90 65 Faks No: 0 312 221 37 59
E-Posta: arastirma@baskent.edu.tr İnternet Adresi: www.baskent.edu.tr

Bilgi için: Lülifer TAŞBİLEK
Unvan: Sekreter
Telefon No: 2129065-2228



EK 2: Anket Formu

Tıp Fakültesi 2017-2018 Öğretim Yılı Dönem 3 ve Dönem 6 Öğrencilerinin Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklara İlişkin Bilgi Düzeylerinin ve Görüşlerinin Değerlendirilmesi Anket Formu

Sayın Katılımcı,

Bu araştırmada Tıp Fakültesi 2017-2018 öğretim yılında Dönem 3 ve Dönem 6'da okuyan öğrencilerin bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklara (BZBH) ilişkin bilgi düzeylerinin ve görüşlerinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Araştırmaya katılmak gönüllülük temeline dayanmaktadır. Bu anket yaklaşık 10 dakikanızı alacaktır.

Anket formuna **adınızı, soyadınızı veya kimliğinizi** belirten herhangi bir bilgi **yazmayınız**. Lütfen soruları dikkatle okuyarak ve size en uygun cevabı seçerek cevaplayınız. Bu bilgiler sadece bilimsel amaçla kullanılacak ve başka kişilerle paylaşılmayacaktır.

Çalışmamıza yapmış olduğunuz katkı için **teşekkür ederiz**.

1. Kaç yaşındasınız?
2. Cinsiyetiniz nedir?
 - a) Kadın
 - b) Erkek
3. Tıp eğitiminin hangi döneminde eğitim almaktasınız?
 - a) Dönem 3
 - b) Dönem 6
4. Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar (BZBH), bildirim yeri ve hastalıkların niteliklerine göre toplam kaç hastalıktan ve kaç ana gruptan oluşmaktadır?
 - a) 55 hastalık ve 1, 2, 3, 4 şeklinde numaralandırılarak dört ana grup
 - b) 51 hastalık ve A, B, C, D şeklinde isimlendirilerek dört ana grup
 - c) 73 hastalık ve A, B, C, D şeklinde isimlendirilerek dört ana grup
 - d) 39 hastalık ve 1, 2, 3, 4 şeklinde numaralandırılarak dört ana grup
 - e) Bilmiyorum

5. Tabloda yer alan hastalıkların hangilerinin BZBH olup olmadığını “E” veya “H” yazarak belirtiniz. (E= Evet/H=Hayır/B=Bilmiyorum)

E/H/B	BZBH	E/H/B	BZBH	E/H/B	BZBH
	HIV/AIDS		Tüberküloz		Tifo
	Botulismus		Kuduz Riskli Temas		Şarbon
	Kızamık Kızamıkçık Kabakulak		El-ayak-ağız hastalığı		Veba
	Akut Viral Hepatitler		Chlamydia trachomatis		Rotavirus
	Influenza (Grip Benzeri Hastalık)		Entamoeba histolytica		Bruselloz
	Poliomyelit		Şark Çıbanı		Lejyoner Hastalığı
	Sıtma		Tularemi		Enterohemorajik E.coli
	Gonore		Leishmania		Giardia intestinalis
	Sifiliz		Çiçek		Epidemik Tifüs
	Difteri		Boğmaca		Kolera
	Tetanoz		Su çiçeği		Meningokokkal Hastalık
	5. Hastalık		Uyuz		Kızıl

6. Aşağıdaki tabloda verilen bulaşıcı hastalıkların hangi BZBH gruplarına ait olduğunu yazınız.

..... GRUBU GRUBU GRUBU GRUBU
Influenza (Grip Benzeri Hastalık)	Norovirus	Çiçek	Akut Viral Hepatitler
Konjenital Rubella	Entamoeba histolytica	Akut Solunum Yetmezliği Sendromu (SARS)	Meningokoksik Hastalık
İnvaziv Pnömonokokkal Hastalık	Chlamydia trachomatis	Poliomyelit	Kuduz
Viral Hemorajik Ateş	Salmonella Sp.	Yeni Bir Alt Tipte İnsan Gribi (Human Influenza)	Tüberküloz

Bilmiyorum

7. Aşağıdaki tabloda belirtilen özelliklerin hangi BZBH gruplarına ait olduğunu yazınız.

BZBH	Özellik
..... Grubu	Ülke genelinde hizmet veren tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan hekimler tarafından bildirim yapılacak hastalıkları kapsar.
..... Grubu	Tanı koyma kapasitesine sahip yataklı tedavi kurumlarında çalışan hekimler tarafından bildirim yapılacak hastalıkları kapsar.
..... Grubu	Uluslararası bildirim zorunlu olan hastalıkları ve durumları kapsar.
.....Grubu	Tanı koyma kapasitesine sahip veya sentinel laboratuvarlar tarafından tespit edilen etkenleri kapsar.

Bilmiyorum

8. Bulaşıcı hastalıkların bildirim sizce neden önemlidir? (Kısaca belirtiniz.)

.....
.....
.....

Fikrim yok

9. BZBH’de günlük bildirim için hangi form kullanılmaktadır?

- a) Form 014D
b) Form 017
c) Form 016
d) Form 014
e) Bilmiyorum

10. Laboratuvarla tanısı konulan BZBH’lerin bildirim hangi form ile yapılmaktadır?

- a) Form 014D
b) Form 014
c) Form 016
d) Form 017
e) Bilmiyorum

11. BZBH sayısı 2011 yılında yapılan düzenlemeye göre kaç tanedir?
a) 39
b) 51
c) 55
d) 73
e) Bilmiyorum
12. Aşağıdaki BZBH'nin hangisinin ASM tarafından bildirim gerekmektedir?
a) Kızamık
b) Kuduz
c) Tifo
d) Akut Viral Hepatitler
e) Viral Hemorajik Ateş
f) Bilmiyorum
13. Aşağıdaki ishal etkenlerinden hangisi D grubu bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklardan değildir?
a) Salmonella spp.
b) Giardia intestinalis
c) Rotavirus
d) Kolera
e) Entamoeba histolytica
f) Bilmiyorum
14. Aşağıdaki hastalıklardan hangisinin uluslararası bildirim zorunludur?
a) Kuduz
b) Kızamık
c) HIV/AIDS
d) Sıtma
e) Poliomyelit
f) Bilmiyorum
15. BZBH'ler kimler tarafından bildirilmelidir? (1'den çok seçenek işaretleyebilirsiniz)
a) Doktor
b) Hemşire
c) Sağlık Memuru
d) Tıbbi Sekreter
e) Laboratuvar Teknisyeni
f) Bilmiyorum
16. BZBH ile ilgili mevzuatı okudunuz mu?
a) Evet
b) Hayır

17. BZBH bir hastalığa tanı koyduktan sonra ilgili mevzuata uygun olarak bildirim gerçekleştirilebileceğinizi düşünüyor musunuz?
- a) Evet
b) Hayır
18. BZBH'ye tanı koyduktan sonra hastalık ile ilgili bildirim yapmadığımızda karşılaşılabileceğiniz hukuksal yaptırımlar nelerdir? (Kısaca belirtiniz)
-
.....
.....
- Bilmiyorum
19. Sizce Türkiye'de BZBH'ler yeterli düzeyde bildiriliyor mu?
- a) Evet
b) Hayır
c) Fikrim yok
20. Türkiye'deki BZBH bildirim mekanizmasını genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?
- a) Çok iyi
b) Oldukça iyi
c) Oldukça kötü
d) Çok kötü
e) Yetersiz
f) Fikrim yok
21. Tıp eğitiminizin herhangi bir döneminde BZBH'ler hakkında eğitim aldınız mı?
- a) Evet (1'den çok seçeneği işaretleyebilirsiniz.)
 Dönem 3
 Dönem 6
 Diğer dönemlerde..... (Belirtiniz)
- b) Hayır
22. BZBH'ler hakkında aldığımız eğitimi yeterli buluyor musunuz?
- a) Evet
b) Hayır
c) Kısmen
23. BZBH ve bildirim sistemi konusunda; tıp fakültesi, hizmet içi eğitim ve sürekli tıp eğitimi gibi hangi aşamalarda eğitim almayı uygun görürsünüz?
- a) Her üç aşamada
b) Sadece tıp fakültesinde
c) Sadece hizmet içi eğitimde
d) Sadece sürekli tıp eğitimi
e) Tıp fakültesi+hizmet içi eğitim
f) Hizmet içi eğitim+sürekli tıp eğitimi
g) Tıp fakültesi+sürekli tıp eğitimi
h) Fikrim yok

24. Bu anketin, BZBH ve bildirim sistemi hakkındaki bilgi ve farkındalığınızı artırmak açısından yararlı olacağını düşünüyor musunuz?
- a) Evet
 - b) Hayır
 - c) Kısmen
 - d) Fikrim yok
25. BZBH ve bildirim sistemi hakkındaki bu anketin, sizde yaklaşım değişikliğine yol açacağını düşünüyor musunuz?
- a) Evet
 - b) Hayır
 - c) Kısmen
 - d) Fikrim yok

VAKİT AYIRDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.