

GAP ZİRVESİ



I. ULUSLARARASI

# GEVHER NESİBE SAĞLIK BİLİMLERİ KONGRESİ

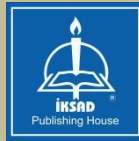
4-6 Mayıs 2018  
Şanlıurfa

## KONGRE TAM METİN KİTABI

Editörler

Dr. Hüseyin ERİŞ

Öğr. Gör. Feray KABALCIOĞLU BUCAK



2018

ISBN 978-605-68528-4-8

# TAM METİN KİTABI



## I. ULUSLARARASI GEVHER NESİBE SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

4-6 Mayıs, 2018

Şanlıurfa

### Editörler

Dr. Hüseyin ERİŞ

Feray KABALCIOĞLU BUCAK

**İKSAD YAYINEVİ®**

(TC. KÜLTÜR VE TURİZM BAKANLIĞI YAYINEVİ RUHSAT NUMARASI: 2014/31220)  
TÜRKİYE

TR: +90 342 606 06 75 USA: +1 631 685 0 853

E-mail: info@iksad.com

www.iksad.org www.iksadkongre.org

Bu kitabın tüm hakları İKSAD Yayınevi'ne aittir.  
Yazarlar etik ve hukuki olarak eserlerinden sorumludurlar.

**Iksad Publications - 2018©**

**Yayın Tarihi: 15.05.2018**

**ISBN – 978-605-68528-4-8**

## KONGRE KÜNYESİ

---

### **KONGRE ADI**

I.ULUSLARARASI GEVHER NESİBE SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ

### **TARİHİ VE YERİ**

4-6 Mayıs 2018, ŞANLIURFA

### **DÜZENLEYEN KURUM**

İKSAD- İktisadi Kalkınma ve Sosyal Araştırmalar Derneği

### **KONGRE BAŞKANI**

**Prof. Dr. Mustafa TALAS**

### **DÜZENLEME KURULU BAŞKANI**

**Mustafa Latif EMEK**

### **DÜZENLEME KURULU ÜYELERİ**

**Dr. Hüseyin ERİŞ**

**Dr. Hasan ÇİFTÇİ**

**Feray KABALCIOĞLU BUCAK**

### **GENEL KOORDİNATÖR**

**Kaldygul ADILBEKOVA**

### **KOORDİNATÖR**

**Rahmat ULLAH**

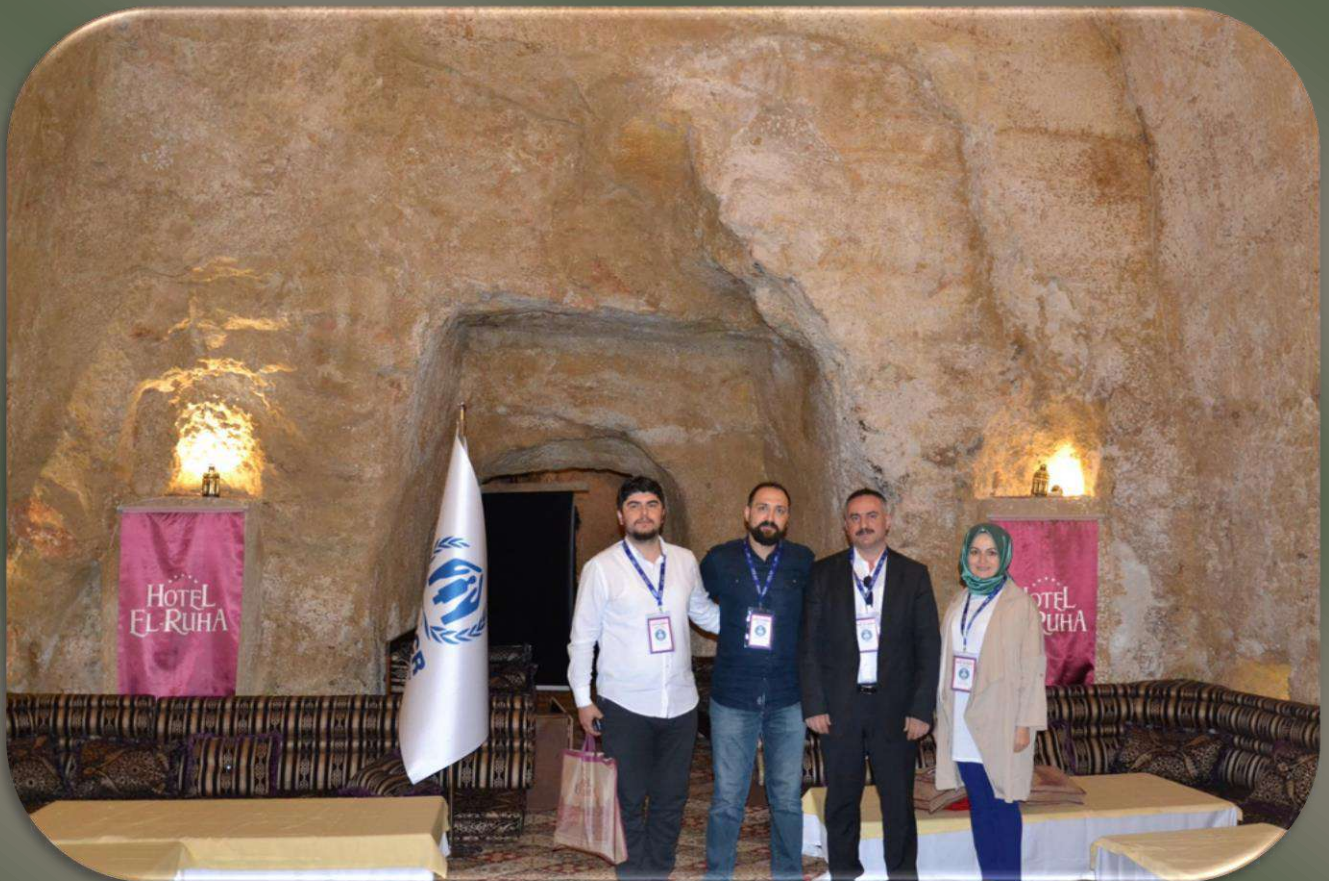
### **KONGRE DİLLERİ**

Türkçe, İngilizce, Arapça, Rusça

## FOTOĞRAF GALERİSİ



















































...ZİRVE'DE ÇEKİLEN TÜM RESİMLERE İKSAD KONGRE TOPLULUĞU FACEBOOK GRUBUNDAN ULAŞABİLİRSİNİZ.

ULUSLARARASI HAKEMLİ



**BİLİM VE DANIŞMA**  
**KURULU**

# ULUSLARARASI GAP ZİRVESİ

## BİLİM VE DANIŞMA KURULU

DR. ABDULHAMİT ŞUAYB	EL EZHER ÜNİVERSİTESİ
DR. A.S. KİSTAUBAYEVA	AL – FARABİ KAZAK MİLLİ ÜNİVERSİTESİ
DR. ABDULHALİM AYDIN	FIRAT ÜNİVERSİTESİ
DR. ABDİKALIK KUNİMJAN	KAZAK DEVLET KIZLAR PEDAGOJİ ÜNİVERSİTESİ
DR. ABDİGAPPAR MAVLYANOV	KYRGYZSTAN NATIONAL ÜNİVERSİTESİ
DR. ABDULLAH KIRAN	MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ
DR. ADEM ÜZÜMCÜ	KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
DR. ADNAN OKTAY	MARDİN ARTUKLU ÜNİVERSİTESİ
DR. ADİL AKINCI	KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
DR. AHMET BOZYİĞİT	SİİRT ÜNİVERSİTESİ
DR. AHMET GÜNDÜZ	GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DR. AKIN YİĞİN	HARRAN ÜNİVERSİTESİ
DR. AHMED SALİH ABDULVEHHAB	EL EZHER ÜNİVERSİTESİ
DR. AHMET İHSAN KAYA	GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DR. AHMET KAYAĞLU	MARDİN ARTUKLU ÜNİVERSİTESİ
DR. AHMET BERKİZ TURP	HARRAN ÜNİVERSİTESİ
DR. ADNAN KİRMİT	HARRAN ÜNİVERSİTESİ
DR. AHMET KULAŞ	AL – FARABİ KAZAK MİLLİ ÜNİVERSİTESİ
DR. AHMED LİD	EL EZHER ÜNİVERSİTESİ
DR. AHMET SOLMAZ	HARRAN ÜNİVERSİTESİ
DR. AHMET MAZLUM	CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
DR. AHMET ULUSOY	KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
DR. AİOMİ KITAGAVA	TOHOKU ÜNİVERSİTESİ
DR. AKİRA HIBIKI	TOHOKU ÜNİVERSİTESİ
DR. AKMARAL S. SYRGAKBAYEVA	AL – FARABİ KAZAK MİLLİ ÜNİVERSİTESİ
DR. ALİ EROL	EGE ÜNİVERSİTESİ
DR. ALİ RIZA GÜL	ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
DR. ALİA R. MASALİMOVA	AL – FARABİ KAZAK MİLLİ ÜNİVERSİTESİ
DR. ALLA A. TIMOFEVA	VLADİVOSTOK DEVLET EKONOMİ ÜNİVERSİTESİ
DR. ALMA T. AKAJANOVA	ABAY KAZAK MİLLİ PEDAGOJİ ÜNİVERSİTESİ
DR. AMANBAY MOLDİBAEV	TARAZ DEVLET PEDAGOJİ ÜNİVERSİTESİ
DR. ANATOLİY LOGİNOV	UKRAYNA ŞEVÇENKO LUGAN MİLLİ ÜNİVERSİTESİ
DR. ARMAĞAN KONAK	MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ
DR. ARZU ÖZMERDİVANLI	KARAMANOĞLU MEHMETBEY ÜNİVERSİTESİ
DR. ARZU TUNCER	HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
DR. ASLI GÜLER	ORDU ÜNİVERSİTESİ
DR. A.S. KIDIRŞAYEV	MAKHAMBET U. BATI KAZAKİSTAN DEVLET ÜNİVERSİTESİ
DR. ATIF MUHAMMED EL EKRET	EL EZHER ÜNİVERSİTESİ
DR. ATILA DOĞAN	KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
DR. ATİLLA YÜCEL	FIRAT ÜNİVERSİTESİ
DR. AYLA KAŞOĞLU	GAZİ ÜNİVERSİTESİ
DR. AYSLU B. SARSEKENOVA	ORLEU MİLLİ KALKINMA ENSTİTÜSÜ
DR. AYŞE ATAY	BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
DR. AYTEN ER	GAZİ ÜNİVERSİTESİ
DR. AYŞE YANARDAĞ	CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
DR. BAHİT KULBAEVA	S.BAYBEŞEV AKTOBE ÜNİVERSİTESİ
DR. BAKİT OSPANOVA	H.AHMET YESEVİ ULUSLARARASI KAZAK-TÜRK ÜNİVERSİTESİ
DR. BARIŞ AYTEKİN	KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ

DR. BARIŞ YILDIZ	GÜMÜŞHANEÜNİVERSİTESİ
DR. BAZARHAN İMANGALİYEVA	K.ZHUBANOV AKTOBE DEVLET BÖLGE ÜNİVERSİTESİ
DR. BEKİR BULUÇ	GAZİ ÜNİVERSİTESİ
DR. BEKZHAN B. MEYRBAEV	AL – FARABİ KAZAK MİLLİ ÜNİVERSİTESİ
DR. BELGİN AYDINTAN	GAZİ ÜNİVERSİTESİ
DR. BERRİN GÜZEL	ADNAN MENDERESÜNİVERSİTESİ
DR. BENGÜ HIRLAK	KİLİS 7 ARALIK ÜNİVERSİTESİ
DR. B.K.ZAYADAN	AL – FARABİ KAZAK MİLLİ ÜNİVERSİTESİ
DR. BİROL YILDIRIM	KASTAMONU ÜNİVERSİTESİ
DR. BİRTEEN EMRE	HARRAN ÜNİVERSİTESİ
DR. BİZENA BİJO	TİRAN TARIM ÜNİVERSİTESİ
DR. BOTAGUL TURGUNBAEVA	KAZAK DEVLET KIZLAR PEDAGOJİ ÜNİVERSİTESİ
DR. CANAN GAMZE BAL	KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
DR. CANER KARAVİT	MİMAR SİNANÜNİVERSİTESİ
DR. CEMAL İNCE	GAZİOSMANPAŞAÜNİVERSİTESİ
DR. CEMİL ÖRGEV	SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
DR. CEYLAN GAZİ UÇKUN	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
DR. CHOLPON TOKTOSUNOVA	RASULBEKOV KIRGIZ EKONOMİ ÜNİVERSİTESİ
DR. CİHAN SEÇİLMİŞ	ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
DR. CYNTHIA CORREA	SAO PAULO ÜNİVERSİTESİ
DR. COŞKUN ERDAĞ	AKSARAY ÜNİVERSİTESİ
DR. D.K.TÖLEGENOVA	MAKHAMBET U. BATI KAZAKİSTAN DEVLET ÜNİVERSİTESİ
DR. DİNARAKHAN TURSUNALİEVA	RASULBEKOV KIRGIZ EKONOMİ ÜNİVERSİTESİ
DR. DURSUN KÖSE	MEHMET AKİF ERSOYÜNİVERSİTESİ
DR. DZHAKİPBİK A. ALTAEV	AL – FARABİ KAZAK MİLLİ ÜNİVERSİTESİ
DR. EBRU GÜHER	OSMANİYE KORKUT ATA ÜNİVERSİTESİ
DR. EDA DİNERİ	HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
DR. EDİZ GÜRİPEK	GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
DR. ELBEYİ PELİT	AFYONKOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
DR. ELENA BELİK VENİAMİNOVNA	VLADİVOSTOK DEVLET EKONOMİ ÜNİVERSİTESİ
DR. EMİN ARSLAN	GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
DR. ENGİN ÇAKIR	ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
DR. ENGİN KANBUR	KASTAMONU ÜNİVERSİTESİ
DR. ERDİNÇ ŞAHİNÖZ	HARRAN ÜNİVERSİTESİ
DR. ERKAN ALSU	GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DR. EŞREF SAVAŞ BAŞCI	HİTİT ÜNİVERSİTESİ
DR. FATİH TÜRKMEN	KARABÜK ÜNİVERSİTESİ
DR. FATMA FEHİME AYDIN	YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
DR. FATMA ÖZTÜRK DAĞABAKAN	ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
DR. FETHİ DEMİR	YÜZÜNCÜ YILÜNİVERSİTESİ
FERAY KABALCIOĞLU	HARRAN ÜNİVERSİTESİ
DR. FİLİZ METE	BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
DR. FUJİMAKİ HARUYUKI	TOTTORİ UNİVERSİTY
DR. FUNDA BUGAN	KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
DR. F. ZİŞAN KARA	AKSARAY ÜNİVERSİTESİ
DR. GEORGE RUDIC	MONTREAL PEDAGOJİ ENSTİTÜSÜ
DR. G.I. ERNAZAROVA	AL – FARABİ KAZAK MİLLİ ÜNİVERSİTESİ
DR. GİZEM AKBULUT	GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
DR. GÖKHAN KERSE	AKSARAY ÜNİVERSİTESİ
DR. GÖNÜL ERDEM NAS	BARTIN ÜNİVERSİTESİ

DR. GULMİRA ABDİRASULOVA	KAZAK DEVLET KIZLAR PEDAGOJİ ÜNİVERSİTESİ
DR. GHULAM DASTGEER	PAKİSTAN AIR ÜNİVERSİTY
DR. GULŞAT ŞUGAYEVA	DOSMUKHAMEDOV ATYRAU DEVLET ÜNİVERSİTESİ
DR. GUZEL SADYKOVA	KASTAMONU ÜNİVERSİTESİ
DR. GÜLAY KARAMAN	BARTIN ÜNİVERSİTESİ
DR. GÜLCAN AVŞİN GÜNEŞ	BARTIN ÜNİVERSİTESİ
DR. GÜLSÜN ERİGÜÇ	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
DR. HACER ARSLAN KALAY	YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
DR. HACER MUTLU DANACI	AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
DR. HACI YUNUS TAŞ	YALOVA ÜNİVERSİTESİ
DR. HASAN COŞKUN	GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
DR. HASAN TUTAR	SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
DR. HARUN DEMİRKAYA	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
DR. HAKAN CANDAN	KARAMANOĞLU MEHMETBEY ÜNİVERSİTESİ
DR. HAKAN EVİN	ADIYAMAN ÜNİVERSİTESİ
DR. HALE ALAN	BAYBURT ÜNİVERSİTESİ
DR. HALİL AKMEŞE	NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
DR. HALİL KAZANASMAZ	HARRAN ÜNİVERSİTESİ
DR. HANİFİ MURAT MUTLU	GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DR. HATİCE KADIOĞLU ATEŞ	İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ
DR. HATİCE NUR GERMİR	MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
DR. HAYRİYE IŞIK	NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
DR. HEDİYE ŞİRİN AK	ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ
DR. HİMMET KARADAL	AKSARAY ÜNİVERSİTESİ
DR. HİKMETULLAH ERTAŞ	NİĞDE ÖMER HALİDEMİR ÜNİVERSİTESİ
DR. HİROSHİ NAKAHARA	SAPPARO CITY ÜNİVERSİTESİ
DR. H.KÂMİL BİÇİCİ	GAZİ ÜNİVERSİTESİ
DR. HÜSEYİN ÇETİN	SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
DR. HİKMET DİNÇ	HARRAN ÜNİVERSİTESİ
DR. HÜSEYİN KOTAMAN	HARRAN ÜNİVERSİTESİ
DR. HÜSEYİN ERİŞ	HARRAN ÜNİVERSİTESİ
DR. HÜSEYİN YAŞAR	SİİRT ÜNİVERSİTESİ
DR. İBRAHİM BOZACI	KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
DR. İBRAHİM KILIÇ	AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
DR. İBRAHİM TÜRKERİ	GEBZE TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
DR. İBRAHİM TÜRKOĞLU	FIRAT ÜNİVERSİTESİ
DR. İLKE BEZEN TOZKOPARAN	FIRAT ÜNİVERSİTESİ
DR. İLYAS AKHİSAR	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
DR. İLYAS ERPAY	SİİRT ÜNİVERSİTESİ
DR. İRFAN KALAYCI	İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
DR. İSA ÇELİK	ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
DR. İSMAİL ŞAH HAREM	HARRAN ÜNİVERSİTESİ
DR. İSAEVNA URKİMBAEVA	ABILAY HAN ULUSLARARASI İLİŞKİLER ÜNİVERSİTESİ
DR. İSMAİL GÜMÜŞ	SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
DR. İSMAİL GÜNEŞ	AKSARAY ÜNİVERSİTESİ
DR. İSMAİL SEKİ	ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
DR. İSMET ŞAHİN	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
DR. K.A.TLEUBERGENOVA	KAZAK DEVLET KIZLAR PEDAGOJİ ÜNİVERSİTESİ
DR. KADRİ KURAM	BARTIN ÜNİVERSİTESİ
DR. KALEMKAS KALİBAEVA	KAZAK DEVLET KIZLAR PEDAGOJİ ÜNİVERSİTESİ

DR. KARLIGASH BAYTANASOVA	AL – FARABI KAZAK MİLLİ ÜNİVERSİTESİ
DR. KELES NURMAŞULI JAYLIBAY	KAZAK DEVLET KIZLAR PEDAGOJİ ÜNİVERSİTESİ
DR. KEMAL EROL	YÜZÜNCÜ YILÜNİVERSİTESİ
DR. KENJEHAN MEDEUBAEVA	KAZAK DEVLET KIZLAR PEDAGOJİ ÜNİVERSİTESİ
DR. KENAN İLARSLAN	AFYON KOCATEPEÜNİVERSİTESİ
DR. KENES JUSUPOV	M. TINIŞBAYEV KAZAK ARAÇ VE İLETİŞİM AKADEMİSİ
DR. KULAŞ MAMİROVA	KAZAK DEVLET KIZLAR PEDAGOJİ ÜNİVERSİTESİ
DR. LATKİN A. PAVLOVIC	VLADİVOSTOK DEVLET EKONOMİ ÜNİVERSİTESİ
DR. MALİK YILMAZ	ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
DR. MAHABBAT OSPANBAEVA	TARAZ DEVLET PEDAGOJİ ÜNİVERSİTESİ
DR. MAHA HAMDAN ALANAZİ	RİYAD KRAL ABDÜLAZİZ TEKNOLOJİ ENSTİTÜSÜ
DR. MAHBUB UL ALAM	BANGLADESH İSLAMİ ÜNİVERSİTESİ
DR. MAİRA ESİMBOLOVA	KAZAKİSTAN NARKHOZ ÜNİVERSİTESİ
DR. MAİRA MURZAHMEDOVA	AL – FARABI KAZAK MİLLİ ÜNİVERSİTESİ
DR. MERİNA B. VLADIMIROVNA	VLADİVOSTOK DEVLET EKONOMİ ÜNİVERSİTESİ
DR. MAVLYANOV ABDİGAPPAR	KIRGIZİSTAN ELARALIK ÜNİVERSİTESİ
DR. MASAYA SAITO	SAPPARO CITY ÜNİVERSİTESİ
DR. MEHMET AKSARAYLI	DOKUZ EYLÜLÜNİVERSİTESİ
DR. MEHMET ALİ TÜRKMENÖĞLU	MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ
DR. MEHMET AVCI	MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
DR. MEHMET BURHANETTİN COŞKUN	OSMANİYE KORKUT ATA ÜNİVERSİTESİ
DR. MEHMET DİKKAYA	KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
DR. MEHMET EMİN USTA	HARRAN ÜNİVERSİTESİ
DR. MEHTAP GÜL ALTAŞ	HARRAN ÜNİVERSİTESİ
DR. MEHMET SAİT ŞAHİNALP	HARRAN ÜNİVERSİTESİ
DR. MEHMET SALİH MERCAN	BİTLİS EREN ÜNİVERSİTESİ
DR. MEHMET OKUR	KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
DR. MEHMET RECEP TAŞ	YÜZÜNCÜ YILÜNİVERSİTESİ
DR. MEHMET TUNÇER	KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
DR. MEHMET YÜCENURŞEN	AKSARAY ÜNİVERSİTESİ
DR. MELTEM KESKİN KÖYLÜ	AKSARAY ÜNİVERSİTESİ
DR. MENEKŞE KILIÇARSLAN	İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
DR. MERT KARTAL	HARRAN ÜNİVERSİTESİ
DR. METİN ATEŞ	İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
DR. METİN KOPAR	ADIYAMAN ÜNİVERSİTESİ
DR. MİNE ERSEVİNÇ	ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
DR. MİRAÇ EREN	ONDOKUZ MAYISÜNİVERSİTESİ
DR. MUHAMMED ASIF YOLDAŞ	AVRASYA ÜNİVERSİTESİ
DR. MUHAMMAD ISMAEEL RAMAY	BAHRİA UNİVERSİTY
DR. MUHSİN HALİS	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
DR. MURAT BAHADIR	ERZURUM TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
DR. MURAT DİLMAÇ	ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
DR. MURAT KARAHAN	GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DR. MURAT YILMAZ	ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
DR. MURATHAN KEHA	ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
DR. MUSA ÖZATA	AHI EVRAN ÜNİVERSİTESİ
DR. MUSTAFA AKMAN	KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
DR. MUSTAFA ÇAKIR	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
DR. MUSTAFA ÇAĞLAYANDERELİ	MERSİN ÜNİVERSİTESİ
DR. MUSTAFA KARAAĞAÇLI	GAZİ ÜNİVERSİTESİ

DR. MUSTAFA METE	GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DR. MUSTAFA ŞİT	HARRAN ÜNİVERSİTESİ
DR. MUSTAFA TALAS	NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ
DR. MUSTAFA SEVER	HARRAN ÜNİVERSİTESİ
DR. MUTLU ÖZGEN	T.C. BAŞBAKANLIK VAKIFLAR GENEMÜDÜRLÜĞÜ
DR. NADEJDA HAN	E.A. BUKETOV KARAGANDA DEVLET ÜNİVERSİTESİ
DR. NECATİ DEMİR	GAZİ ÜNİVERSİTESİ
DR. N. GAMZE ILICAK	İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
DR. NİHAN BİRİNCİOĞLU	KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
DR. NAZİFE AKAN	TOROS ÜNİVERSİTESİ
DR. NOBUAKİ TAKEDA	SAPPARO CITY ÜNİVERSİTESİ
DR. NİLGÜN PAKSOY	HARRAN ÜNİVERSİTESİ
DR. N.N. KERMANOVA	KAZAK DEVLET KIZLAR PEDAGOJİ ÜNİVERSİTESİ
DR. NURAN AKŞİT AŞIK	BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
DR. NURHAN PAPATYA	SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
DR. NURETTİN BELTEKİN	MARDİN ARTUKLU ÜNİVERSİTESİ
DR. NURAY PAMUK ÖZTÜRK	ANKARA ÜNİVERSİTESİ
DR. NURİ KAVAK	ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
DR. OKTAY AKTÜRK	AHI EVRAN ÜNİVERSİTESİ
DR. OSMAN KUBİLAY GÜL	CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
DR. OZAN DENİZ YALÇINKAYA	DİCLE ÜNİVERSİTESİ
DR. ÖMER ÇAKIN	ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
DR.ÖMER OKAN FETTAHLIOĞLU	KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
DR. ÖZLEM GÜZEL	AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
DR. ÖMER METİN	ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
DR. ÖMER UĞUR	GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
DR. RAHMİ YÜCEL	ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
DR. RÖVŞEN MEMMEDOV	SUMGAYIT DEVLET ÜNİVERSİTESİ
DR. RAMAZAN KHALİFE	EL EZHER ÜNİVERSİTESİ
DR. RUSTEM KOZBAGAROV	M. TINIŞBAYEV KAZAK ARAÇ VE İLETİŞİM AKADEMİSİ
DR. RÜŞTÜ YAYAR	GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ
DR. RYO YAMADA	SAPPARO CITY ÜNİVERSİTESİ
DR. SABİNA ABİD	ARTVİN ÇORUH ÜNİVERSİTESİ
DR. SADETTİN PAKSOY	KİLİS 7 ARALIK ÜNİVERSİTESİ
DR. SUSİN HASENEYN EL-HUDHUDİ	EL EZHER ÜNİVERSİTESİ
DR. SALİH YEŞİL	KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
DR. SARASH KONYRBAEVA	KAZAK DEVLET KIZLAR PEDAGOJİ ÜNİVERSİTESİ
DR. SEDAT CERECİ	MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
DR. SELAHATTİN AVŞAROĞLU	NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
DR. SELAHATTİN KAYNAK	19 MAYIS ÜNİVERSİTESİ
DR. SELÇUK BURAK HAŞILOĞU	PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
DR. SELİN SERT SÜTÇÜ	AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
DR. SERKAN ÇALIŞKAN	KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
DR. SEVCAN YILDIZ	AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
DR. SİBEL BAYRAM	DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
DR. SİBEL MEHTER AYKIN	AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
DR. SİNAN GERÇEK	ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
DR. SHİGEKO KAMISHIMA	SAPPARO CITY ÜNİVERSİTESİ
DR. SUAT KOLUKIRIK	AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SUZAN HAVLIOĞLU	HARRAN ÜNİVERSİTESİ

DR. ŞABAN ÇETİN	GAZİ ÜNİVERSİTESİ
DR. SERAP KILIÇ ALTUN	HARRAN ÜNİVERSİTESİ
DR. ŞAFAK KAYPAK	MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
DR. ŞARA MAJITAYEVA	E.A. BUKETOV KARAGANDA DEVLET ÜNİVERSİTESİ
DR. ŞAYAN ULUSAN	MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
DR. ŞEFİK ÖZDEMİR	AKSARAY ÜNİVERSİTESİ
DR. ŞİRİN ŞENGEL	ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
DR. TAKAŞI HASUNI	SAPPARO CITY ÜNİVERSİTESİ
DR. T. M. ABDULFETTAH MUHAMMED	VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
DR. TANSU HİLMİ HANÇER	MARMARA ÜNİVERSİTESİ
DR. TSENDİN BATTULGA	MOĞOLİSTAN DEVLET ÜNİVERSİTESİ
DR. T.O. ABİSEVA	KAZAKH STATE WOMEN'S TEACHER TRAINING UNIVERSITY
DR. TUGHRAL YAMIN	PAKİSTAN NATIONAL UNIVERSITY OF SCIENCE
DR. TÜLAY ORTABAĞ	HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ
DR. TÜRKMEN TAŞER AKBAŞ	PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
DR. UĞUR KURTARAN	KARAMANOĞLU MEHMETBEY ÜNİVERSİTESİ
DR. ULBOSIN KIYAKBAEVA	ABAY KAZAK MİLLİ PEDAGOJİ ÜNİVERSİTESİ
DR. USAM FARUK İMAM	EL EZHER ÜNİVERSİTESİ
DR. ÜMMÜGÜLSÜM CANDEĞER	T.C. MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI
DR. ÜMRAN TÜRKYILMAZ	GAZİ ÜNİVERSİTESİ
DR. VELİ URHAN	GAZİ ÜNİVERSİTESİ
DR. VECİHİ SÖNMEZ	YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
DR. VERA ABRAMENKOVA	RUSYA AİLE VE EĞİTİM ÇALIŞMALARI ENSTİTÜSÜ
DR. VEYSEL BOZKURT	İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
DR. VEYSEL ÇAKMAK	AKSARAY ÜNİVERSİTESİ
DR. VEYSİ GÜNAL	HARRAN ÜNİVERSİTESİ
DR. VLADEMİR VISLIVİY	UKRAYNA MİLLİ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
DR. WAKAKO SADAHIRO	SAPPARO CITY ÜNİVERSİTESİ
DR. WALİ RAHMAN	SARHAD UNIVERSITY OF SCIENCE & INFORMATION
DR. YANG ZİTONG	WUHAN ÜNİVERSİTESİ
DR. YASEMİN ERTEK MORKOÇ	MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
DR. YASİN ÇAKIREL	KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ
DR. YASİN DÖNMEZ	KARABÜK ÜNİVERSİTESİ
DR. YASSER ALİ MUHAMMED ALİ	VAN YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
DR. YAVUZ SELİM DÜĞER	DUMLUPINAR ÜNİVERSİTESİ
DR. YOSHIO KANAZAKI	TOHOKU UNIVERSITY
DR. YUNUS EMRE TANSU	GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DR. YÜCEL GELİŞLİ	GAZİ ÜNİVERSİTESİ
DR. ZEHRA HAJRULAI-MUSLIU	CYRIL METHODIUS ÜNİVERSİTESİ
DR. ZEKAI ÖZTÜRK	GAZİ ÜNİVERSİTESİ
DR. ZEKERİYA NAS	YÜZÜNCÜ YIL ÜNİVERSİTESİ
DR. ZİA UR REHMAN	A/P NATIONAL DEFENCE UNIVERSITY
DR. ZEYNEP KARAÇOR	SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
DR. ZUHAL ÖNEZ ÇETİN	UŞAK ÜNİVERSİTESİ
DR. ZÜBEYİR BAĞCI	PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
DR. ZÜLEYHA YILMAZ	ORDU ÜNİVERSİTESİ



## 1. ULUSLARARASI GEVHER NESİBE SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ PROGRAMI

4 MAYIS 2018

Saat: 09:00 – 12:00

### GEVHER NESİBE SALONU

Oturum Başkanı: DOÇ. DR. YASEMİN AKBULUT

Yazar isimleri	Bildiri Adı
EMİNE YILMAZ	THE EFFECT OF STIGMA ON HOPELESSNESS LEVELS OF WOMEN WITH INFERTILITY
EMİNE YILMAZ MERYEME AKSOY	HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN İÇSELLEŞTİRİLMİŞ KİLO ÖNYARGILARININ DEPRESYON VE YEME DAVRANIŞLARIYLA İLİŞKİSİNİN BELİRLENMESİ
ARŞ. GÖR. FATİH DURUR ARŞ. GÖR. GAMZE KUTLU DOÇ. DR. YASEMİN AKBULUT	TÜRKİYE'DE DIŞ HEKİMİ İHTİYACININ İŞ YÜKÜNE DAYALI OLARAK BELİRLENMESİ
ARŞ. GÖR. GAMZE KUTLU ARŞ. GÖR. FATİH DURUR DOÇ. DR. YASEMİN AKBULUT	SAĞLIK BAKANLIĞI GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİNE GÖRE TIBBİ HATALARIN İNCELENMESİ
ARŞ. GÖR. İZZET AYDEMİR DR. OKAN ÖZKAN	ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN ÖĞRENMEYE İLİŞKİN TUTUMLARININ BELİRLENMESİ: SAĞLIK YÖNETİMİ BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİ ÜZERİNE BİR UYGULAMA
ARŞ. GÖR. İZZET AYDEMİR PROF. DR. AFSUN EZEL ESATOĞLU	HASTANELERDE DİJİTALLEŞME: KÂĞITSIZ HASTANELER VE KAZANIMLARI
ARŞ. GÖR. MEHMET ŞENER DR. ÖĞR. ÜYESİ VAHİT YİĞİT	OEDC SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KÜMELEME ANALİZİ YÖNTEMİYLE İNCELENMESİ
AYHAN KAYDU	YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE BASI YARALARI DENEYİMLERİMİZ
ERHAN GÖKÇEK	YOĞUN BAKIM ÜNİTEMİZDEKİ SEREBROVASKÜLER HASTALARIN ULUSLARARASI NANDA HEMŞİRELİK TANILARINA GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ: BAKIM ÖNERİLERİ
MELEK KUZU PROF. DR. İSMAİL AĞIRBAŞ ARŞ. GÖR. MERYEM TURGUT	AİLE HEKİMLİĞİ ÇALIŞANLARININ İŞ DOYUMU DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ: ANKARA BATIKENT ÖRNEĞİ
SEDA ÇAKIR PROF. DR. İSMAİL AĞIRBAŞ ARŞ. GÖR. MERYEM TURGUT ARŞ. GÖR. FERDA BÜLÜÇ	KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALARININ HASTANEDE YATIŞ SÜRELERİ AÇISINDAN İNCELENMESİ
DR. ÖĞR. ÜYESİ HASAN ÇİFTÇİ	HASTAHANELERDE SOSYAL MEDYANIN ŞİKÂyet ARACI OLARAK KULLANILMASI
DR. ÖĞR. ÜYESİ HASAN ÇİFTÇİ	BİR HALKLA İLİŞKİLER UYGULAMASI OLARAK HASTANELERDE KURUMSAL İTİBAR ALGISININ HASTA MEMNUNİYETİNE ETKİSİ

- Her bir sunum için 10 dk.'lık süre ayrılmıştır. Bu sebeple sunumlarınızda temel kitabi bilgiler ve tanımları açıklamaktan kaçınarak yaptığınız çalışmanın özüne değininiz.
- Sunum sıralaması, soru cevap ve oturumla ilgili tüm hususlarda Kongre Tüzel Kişiliği'ni temsilen Oturum Başkanları yetkilidir.

## 1.ULUSLARARASI GEVHER NESİBE SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ PROGRAMI

4 MAYIS 2018

Saat: 12:30 – 15:00

### GEVHER NESİBE SALONU

Oturum Başkanı: DOÇ. DR. ÇAPAN KONCA

Yazar isimleri	Bildiri Adı
AYSEL ÖZDEMİR ABDURREZZAK GÜLTEKİN FUNDA KAVAK	SAĞLIK ÇALIŞANLARININ AHLAKİ DUYARLILIKLARININ BELİRLENMESİ
AYSEL ÖZDEMİR ABDURREZZAK GÜLTEKİN FUNDA KAVAK	EŞLER ARASINDAKİ İLETİŞİMİN AİLE İÇİ ŞİDDETE ETKİSİ
AYSUN ÖZDEMİR FATMA KARASU	GAZİANTEP 112 ACİL SAĞLIK ÇALIŞANLARININ MARUZ KALDIĞI ŞİDDETİN BELİRLENMESİ
FATMA KARASU AYSUN ÖZDEMİR	SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN DUYGUSAL ZEKA DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ
FATMA KARASU AYSUN ÖZDEMİR ZEYNEP DOĞAN ELİF GÜVENÇ	ACİL VE İLK YARDIM PROGRAMI ÖĞRENCİLERİNİN AKILCI İLAÇ KULLANIMI
FATMA KARASU AYSUN ÖZDEMİR ZEYNEP DOĞAN ELİF GÜVENÇ	ÖĞRENCİLERİN ÖTENAZİYE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ
DOÇ. DR. ÇAPAN KONCA DOÇ. DR. MEHMET TEKİN	ÇOCUK YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE İZOLE EDİLEN MULTİDRUG-RESİSTANT ACİNETOBACTER BAUMANNII İZOLATLARININ ANTİBİYOGRAF SONUÇLARI
DOÇ. DR. MELEK KOÇAK DR. ÖĞR. ÜYESİ İSMAİL ŞAH HAREM	KAZLARIN NASAL KONKA MUKOZASINDA MAST HÜCRELERİNİN DAĞILIMI, YOĞUNLUĞU VE HETEROJENİTESİNİN BELİRLENMESİ
DR. ÖĞR. ÜYESİ İSMAİL ŞAH HAREM	KAZLARDA (ANSER ANSER) PREEN BEZİNİN HİSTOLOJİK VE HİSTOKİMYASAL YAPISI
DR. ÖĞR. ÜYESİ ALPER YALCIN DR. ÖĞR. ÜYESİ ALI ŞİMŞEK	ADİYAMAN BÖLGESİNDE GÖZ KAPAKLARININ PRİMER KÖTÜ HUYLU TÜMÖRLERİNİN İNSİDANSI VE HİSTOPATOLOJİ SONUÇLARI

- Her bir sunum için 10 dk.'lık süre ayrılmıştır. Bu sebeple sunumlarınızda temel kitabi bilgiler ve tanımları açıklamaktan kaçınarak yaptığınız çalışmanın özüne değininiz.
- Sunum sıralaması, soru cevap ve oturumla ilgili tüm hususlarda Kongre Tüzel Kişiliği'ni temsilen Oturum Başkanları yetkilidir.

## 1.ULUSLARARASI GEVHER NESİBE SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ PROGRAMI

4 MAYIS 2018

Saat: 15:30 – 18:00

### GEVHER NESİBE SALONU

Oturum Başkanı: PROF. DR. ÖMER R. ÖNDER

Yazar isimleri	Bildiri Adı
DR. EŞREF ARAÇ	DÜNYA DİYABET GÜNÜ ETKİNLİĞİ KAPSAMINDA DİYARBAKIR İLİNDE DİYABET DEĞERLENDİRİLMESİ
DR. SONGÜL ARAÇ	BİR ACİL SERVİSİN KARDİYOPULMONER RESÜSİTASYON ANALİZİ
DR. MEHMET DURAN DR. AYKUT DİREKÇİ	İLERİ DERECE KOAH VE KALP YETMEZLİĞİ OLAN PNÖMONİLİ HASTAYA ERKEN TRAKEOSTOMİ : OLGU SUNUMU
DR. ÖĞR. ÜYESİ CENGİZ GÜVEN DR.AYKUT DİREKÇİ	FARMAKOMEKANİK ROTASYONEL TROMBEKTOMİ SIRASINDA HASTADA KIRILAN GUIDE PARÇASININ SUBCLAVİYAN YOLLA ÇIKARTILMASI
DR. MEVLÜT DOĞUKAN DR. AKİF BOZDAĞ DR. RIFAT KILIÇ	KAN TRANSFÜZYONUNA SEKONDER TRANSFÜZYONLA İLİŞKİLİ AKUT AKCİĞER HASARI GELİŞEN OLGU
DR. ÖĞR. ÜYESİ ABDULKADİR AYDIN	AMPÜTASYON NEDENLERİNE GÖRE ALT EKSTREMİTE AMPUTE HASTALARIMIZIN DEMOGRAFİK, KLİNİK VE YAŞAM KALİTELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI
DR. ÖĞR. ÜYESİ ABDULLAH ÇETİN YİĞİT	ÖZEL BİR POPÜLASYONDA SAĞLIK SİSTEM PERFORMANSI VE DUYARLILIĞININ ANALİZİ
DR. ÖĞR. ÜYESİ ABDULMENAP GÜZEL	KONJENİTAL KARDİYAK KATETERİZASYONUNDA ANESTEZİ YÖNETİMİ VE KARŞILAŞILAN SORUNLAR
DR. ÖĞR. ÜYESİ ALİ ASGAR YETKİN	AKILCI İLAÇ KULLANIMI UYGULAMALARINA GENEL BİR BAKIŞ
DOÇ. DR. FATMA ZEHRA TAN ÖĞR. GÖR. NURAY DORUKBAŞI DOKTORA ÖĞR. SEMA KOŞAR SÜRÜL	TIBBİ SEKRETERLERDE KURUMSAL ÖĞRENME VE ÖRGÜTSEL BAĞLILIK İLİŞKİSİ: KARABÜK İLİ ÖRNEĞİ
Nebahat YEĞİN KARAKUZU Dr. Öğr. Üyesi Fatma KORUK	PREEKLAMPSİLİ GEBELERDE TROMBOFİLİ GÖRÜLME SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

- Her bir sunum için 10 dk.'lık süre ayrılmıştır. Bu sebeple sunumlarınızda temel kitabi bilgiler ve tanımları açıklamaktan kaçınarak yaptığınız çalışmanın özüne değininiz.
- Sunum sıralaması, soru cevap ve oturumla ilgili tüm hususlarda Kongre Tüzel Kişiliği'ni temsilen Oturum Başkanları yetkilidir.

## 1.ULUSLARARASI GEVHER NESİBE SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ PROGRAMI

4 MAYIS 2018

Saat: 09:30 – 12:00

### LOKMAN HEKİM SALONU

Oturum Başkanı: DR. MENEKŞE VAROL KILIÇARSLAN

Yazar isimleri	Bildiri Adı
DR. ÖĞR. ÜYESİ AYDIN YILDIZ	AFAK ÇOCUKLARDA AMELİYAT SONRASI GÖRSEL AÇIDAN İYİLEŞTİRME UYGULAMALARI
DR. ÖĞR. ÜYESİ ESİN BENHÜR AKTÜRK DR. ÖĞR. ÜYESİ RANA ÖZYURT KAPTANOĞLU	DÜNYA VE TÜRKİYE'DE SAĞLIK TURİZMİ ÜZERİNE ARAŞTIRMA
DR. ÖĞR. ÜYESİ MENEKŞE VAROL KILIÇARSLAN DR. ÖĞR. ÜYESİ ESİN BENHÜR AKTÜRK	SAĞLIKTA İLETİŞİM VE OKURYAZARLIĞIN ETKİSİ
DR. ÖĞR. ÜYESİ MENEKŞE VAROL KILIÇARSLAN DR. ÖĞR. ÜYESİ RANA ÖZYURT KAPTANOĞLU	HASTANELERDE HIMMS VE EMRAM ÇALIŞMALARI
ÖĞR. GÖR. DR. MEHMET EMİN KURT YÜKSEK L. ÖĞR. MÜMTAZ KORKUTAN	ÜLKEMİZDE VE DÜNYA' DA SAĞLIK ÇALIŞANLARINA UYGULANAN ŞİDDET VE SONUÇLARI
ÖĞR. GÖR. DR. MEHMET EMİN KURT YÜKSEK L. ÖĞR. MÜMTAZ KORKUTAN	SAĞLIK YÖNETİCİLERİNİN YÖNETİCİLİKLERİ ÜZERİNE OKUMA DURUMLARI VE İNTERNET KULLANIM AMAÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI
DR. ÖĞR. ÜYESİ EROL BASUGUY HİKMET ZEYTUN	PEDİATRİK TAŞ HASTALARINDA ÜRETERORENOSKOPİ: ÜÇÜNCÜ MERKEZ DENEYİMİ

- Her bir sunum için 10 dk.'lık süre ayrılmıştır. Bu sebeple sunumlarınızda temel kitabi bilgiler ve tanımları açıklamaktan kaçınarak yaptığınız çalışmanın özüne değininiz.
- Sunum sıralaması, soru cevap ve oturumla ilgili tüm hususlarda Kongre Tüzel Kişiliği'ni temsilen Oturum Başkanları yetkilidir.

## 1. ULUSLARARASI GEVHER NESİBE SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ PROGRAMI

4 MAYIS 2018

Saat: 12:30 – 15:00

### LOKMAN HEKİM SALONU

Oturum Başkanı: DR. LEYLA ZENGİN

Yazar isimleri	Bildiri Adı
DR. ÖĞR. ÜYESİ HÜSEYİN KAFADAR	KADINA YÖNELİK ŞİDDETİN BOYUTLARI: BİR OLGU VE LİTERATÜRÜN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ
NİHAYET BAYRAKTAR MEHMET BAYRAKTAR	TALASEMİ HASTALARIN KAN GRUPLARI VE RH D GRUPLARINI TARAMASI
DR. ÖĞR. ÜYESİ SAFİYE KAFADAR	YAŞA BAĞLI BULBUS ÇAPI DEĞİŞİMİ ÖNEMLİ Mİ?
DR. ÖĞR. ÜYESİ NUR ÖZLEM KILIÇ	BİNGÖL İLİNDE BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNDEKİ KADINLARIN AİLE PLANLAMASI YÖNTEMİ KULLANMA DURUMLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER
DR. ÖĞR. ÜYESİ NUR ÖZLEM KILIÇ	GENÇLİK DÖNEMİNDE SİGARA KULLANIMI VE HEMŞİRELİK
DR. ÖĞR. ÜYESİ NİLGÜN PAKSOY	KİLİS KEÇİLERİNDE DEMİR ELEMENTİNİN MATERNAL GEÇİŞİ
DR. ÖĞR. ÜYESİ NİLGÜN PAKSOY DR. ÖĞR. ÜYESİ SERAP KILIÇ ALTUN	ARAP KISRAK SÜTLERİNİN ELEMENT KOMPOZİSYONU
DR. ÖĞR. ÜYESİ SERAP KILIÇ ALTUN	KEÇİ SÜTLERİNDE <i>LISTERIA</i> SPP. PREVALANSI VE VİRÜLENT <i>LISTERIA MONOCYTOGENES</i> ' İN REAL-TİME PCR İLE BELİRLENMESİ
DR. ÖĞR. ÜYESİ SERAP KILIÇ ALTUN MEHMET SAVRUNLU DR. ÖĞR. ÜYESİ NİLGÜN PAKSOY	ŞANLIURFA İLİNDE ÜRETİLEN SADEYAĞLARIN REİCHERT MEİSSL SAYILARININ TESPİTİ
ÖĞR. GÖR. EVİN EVİNÇ ÖĞR. GÖR. LEYLA ZENGİN	HEMŞİRELİK 4. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN TIBBİ HATALARDA TUTUM DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ
ÖĞR. GÖR. LEYLA ZENGİN ÖĞR. GÖR. EVİN EVİNÇ	İLK KEZ İM ENJEKSİYON YAPAN HEMŞİRELİK 1. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ
PROF. DR. MUSA ÖZATA YÜKSEK L. ÖĞR. MUSTAFA ALTINTAŞ	KIRŞEHİR'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN MEVCUT DURUMU
PROF. DR. MUSA ÖZATA YÜKSEK L. ÖĞR. MUSTAFA ALTINTAŞ	ÖRGÜTSEL SAĞLIK: AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ ÖRNEĞİ

- Her bir sunum için 10 dk.'lık süre ayrılmıştır. Bu sebeple sunumlarınızda temel kitabi bilgiler ve tanımları açıklamaktan kaçınarak yaptığınız çalışmanın özüne değininiz.
- Sunum sıralaması, soru cevap ve oturumla ilgili tüm hususlarda Kongre Tüzel Kişiliği'ni temsilen Oturum Başkanları yetkilidir.

## 1. ULUSLARARASI GEVHER NESİBE SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ PROGRAMI

4 MAYIS 2018

Saat: 15:30 – 18:00

### LOKMAN HEKİM SALONU

Oturum Başkanı: DR. LEYLA ZENGİN

Yazar isimleri	Bildiri Adı
DR. ÖĞR. ÜYESİ GÜLŞAH AKGÜL	BİR KÖPEKTE MALASSEZIA PACHYDERMATİS OLGUSU
DR. ÖĞR. ÜYESİ MUSTAFA BARIŞ AKGÜL	BİR KEDİDE İPLİKİSİ YABANCI CİSİM OLGUSU
DR. ÖĞR. ÜYESİ SEYRANİ MERSİN	KIL KEÇİSİ TEKELERİNİN SPERMASININ KISA SÜRELİ SAKLANMASINDA SÜT, YUMURTA SARISI VE FÖTAL SERUMUN ETKİSİ
ÖĞR. GÖR. DR. M. AYBERK OKTAY	GEBE DÜVELERİN GEMİ İLE TRANSPORTUNDA HAYVAN REFAH PARAMETRESİ OLARAK ISI VE NEM BULGULARI ÖN ÇALIŞMASI
ÖĞR. GÖR. DR. M. AYBERK OKTAY PROF. DR. METİN KAYA PROF. DR. NİHAL Y. GÜL SATAR	KÖPEKLERDE ELEKTRORETİNOGRAFI MUAYENE SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ
DR. ÖĞR. ÜYESİ HACI ÜLMEZ DR. ÖĞR. ÜYESİ HAKAN AKELMA	YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNİN BRANŞLAŞMA EĞİLMELERİNİN İNCELENERMESİ
ARŞ. GÖR. MEHMET ŞENER ÖĞR. GÖR. DR. FUAD SALAMOV ÖĞR. GÖR. ÖZGÜR YEŞİLYURT	SİGARA VE ALKOL TÜKETİMİNİN SAĞLIK HARCAMALARI ÜZERİNE ETKİSİ
DR. ÖĞR. ÜYESİ SERDAR FERİT TOPRAK	ADENOTONSİLLEKTOMİNİN ÇOCUKLARDA BÜYÜME ÜZERİNE ETKİSİ
DR. SERKAN DEDEOĞLU DR. MUHAMMED AYRAL DR. SERDAR FERİT TOPRAK	ANİ İŞİTME KAYIPLI HASTALARDA İMMUNOLOJİK VE VİRAL FAKTÖRLERİN ETYOLOJİDEKİ ÖNEMİ
DR. ÖĞR. ÜYESİ MUSTAFA BARIŞ AKGÜL DR. ÖĞR. ÜYESİ GÜLŞAH AKGÜL DR. ÖĞR. ÜYESİ SEYRANİ MERSİN	BİR KEDİDE MİDEDE YABANCI CİSİM OLGUSU <b>(POSTER BİLDİRİ)</b>
DR. ÖĞR. ÜYESİ GÜLŞAH AKGÜL DR. ÖĞR. ÜYESİ MUSTAFA BARIŞ AKGÜL DR. ÖĞR. ÜYESİ EBUR BİLEN	MERİNOS IRKI 2 ADET KOYUNDA ABOMASUM'DA TRİKOBEZOAR OLGUSU <b>(POSTER BİLDİRİ)</b>

- Her bir sunum için 10 dk.'lık süre ayrılmıştır. Bu sebeple sunumlarınızda temel kitabi bilgiler ve tanımları açıklamaktan kaçınarak yaptığınız çalışmanın özüne değininiz.
- Sunum sıralaması, soru cevap ve oturumla ilgili tüm hususlarda Kongre Tüzel Kişiliği'ni temsilen Oturum Başkanları yetkilidir.

# 1. ULUSLARARASI GEVHER NESİBE SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ PROGRAMI

6 MAYIS 2018

Saat: 09:30 – 12:00

## GEVHER NESİBE SALONU

Oturum Başkanı: DR. HÜSEYİN ERİŞ

Yazar isimleri	Bildiri Adı
ARŞ. GÖR. EDA ŞİMŞEK ŞAHİN ARŞ. GÖR. BİRGÜL ERDOĞAN ARŞ. GÖR. HATİCE MERVE ALPTEKİN	DÜNYADAN ÖRNEKLERLE PUERPERAL DÖNEMDEKİ GELENEKSEL UYGULAMALAR
ARŞ. GÖR. SUNA UYSAL YALÇIN ARŞ. GÖR. ZEYNEP ÖZASLAN ARŞ. GÖR. EDA ŞİMŞEK ŞAHİN ARŞ. GÖR. BİRGÜL ERDOĞAN ARŞ. GÖR. HATİCE MERVE ALPTEKİN DR. ÖĞR. ÜYESİ RAHİME AYDIN ER	HEMŞİRE ADAYLARININ YAŞAM BOYU ÖĞRENME EĞİMLERİ
ARŞ. GÖR. SUNA UYSAL YALÇIN ARŞ. GÖR. HATİCE MERVE ALPTEKİN ARŞ. GÖR. ZEYNEP ÖZASLAN	GEBELİK İNKARI
ARŞ. GÖR. HATİCE MERVE ALPTEKİN ARŞ. GÖR. ZEYNEP ÖZASLAN ARŞ. GÖR. SUNA UYSAL YALÇIN	YABANCI UYUKLU ÖĞRENCİLERİN SOSYAL UYUMU
ARŞ. GÖR. ZEYNEP ÖZASLAN ARŞ. GÖR. EDA ŞİMŞEK ŞAHİN ARŞ. GÖR. BİRGÜL ERDOĞAN	ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN İYİLİK HALLERİNİ YORDAYAN DEĞİŞKENLER
ARŞ. GÖR. ZEYNEP ÖZASLAN ARŞ. GÖR. SUNA UYSAL YALÇIN ARŞ. GÖR. HATİCE MERVE ALPTEKİN ARŞ. GÖR. BİRGÜL ERDOĞAN, ARŞ. GÖR. EDA ŞİMŞEK ŞAHİN DR. ÖĞR. ÜYESİ RAHİME AYDIN ER	HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ YABANCI UYUKLU ÖĞRENCİLERİN ÖĞRENİM SÜRECİ DENEYİMLERİ
ARŞ. GÖR. BİRGÜL ERDOĞAN ARŞ. GÖR. SUNA UYSAL YALÇIN ARŞ. GÖR. EDA ŞİMŞEK ŞAHİN	SOSYAL AĞLAR VE GÖÇ
ÖĞR. GÖR. ESMA BAĞCIVAN ARŞ. GÖR. BİRGÜL ERDOĞAN ÖĞR. GÖR. HATİCE OĞUZHAN	EMPATİK EĞİLİM DAVRANIŞLARININ KÜLTÜRLERARASI DUYARLILIK DÜZEYLERİ ÜZERİNE ETKİSİ: SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU ÖRNEĞİ
ARŞ. GÖR. FARUK DIŞLI DR. ÖĞR. ÜYESİ FEYZA NAZİK	LİSE ÖĞRENCİLERİNDE BEL BOYUN AĞRISI PREVELANSI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER
DR. ÖĞR. ÜYESİ FEYZA NAZİK ARŞ. GÖR. FARUK DIŞLI DR. ÖĞR. ÜYESİ MEHTAP SÖNMEZ	LİSE ÖĞRENCİLERİNİN RUHSAL DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA

## 1.ULUSLARARASI GEVHER NESİBE SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ PROGRAMI

- Her bir sunum için 10 dk.'lık süre ayrılmıştır. Bu sebeple sunumlarınızda temel kitabi bilgiler ve tanımları açıklamaktan kaçınarak yaptığınız çalışmanın özüne değininiz.
- Sunum sıralaması, soru cevap ve oturumla ilgili tüm hususlarda Kongre Tüzel Kişiliği'ni temsilen Oturum Başkanları yetkilidir.

6 MAYIS 2018

Saat: 12:30 – 15:00

### GEVHER NESİBE SALONU

Oturum Başkanı: DR. YASEMİN KÜÇÜKÖZKAN

Yazar isimleri	Bildiri Adı
DR. ÖĞR. ÜYESİ TUNCAY KÖSE DOÇ. DR. SERAP DURUKAN KÖSE	SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖZERKLEŞME: SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KAMU HASTANE BİRLİKLERİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ
DR. YASEMİN KÜÇÜKÖZKAN	YÖNETİCİ HİZMETKAR LİDERLİK ÖLÇEĞİNİN GÜVENİLİRLİK VE GEÇERLİLİK ÇALIŞMASI: SAĞLIK KURUMLARINA YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA
FATMIRA SHEHU ENKELA ZANI SUZANA KOLA ERMIRA MARKU BIZENA BIJO	DETECTION OF CHLORAMPHENICOL RESIDUES IN MILK AND SAMPLES USING ELISA AND LC/MS-MS
FATMIRA SHEHU ENKELA ZANI SUZANA KOLA ERMIRA MARKU BIZENA BIJO	OCCURRENCE OF AFLATOXIN M1 IN ALBANIAN RAW MILK DETECTED BY ELISA TECHNIQUE
HİLAL KUŞÇU KARATEPE FATMA NURAY KUŞÇU ULVİYE ÖZCAN YÜCE DERYA ATİK	HEMŞİRELİK LİSANS ÖĞRENCİLERİNİN ZAMAN YÖNETİM BECERİLERİ
ULVİYE ÖZCAN YÜCE HİLAL KUŞÇU KARATEPE FATMA NURAY KUŞÇU DERYA ATİK	ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN KAN BAĞIŞI İLGİLİ TUTUMLARININ BELİRLENMESİ

- Her bir sunum için 10 dk.'lık süre ayrılmıştır. Bu sebeple sunumlarınızda temel kitabi bilgiler ve tanımları açıklamaktan kaçınarak yaptığınız çalışmanın özüne değininiz.
- Sunum sıralaması, soru cevap ve oturumla ilgili tüm hususlarda Kongre Tüzel Kişiliği'ni temsilen Oturum Başkanları yetkilidir.



## 1. ULUSLARARASI GEVHER NESİBE SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ PROGRAMI

6 MAYIS 2018

Saat: 15:30 – 18:00

### GEVHER NESİBE SALONU

Oturum Başkanı: PROF. DR. OKTAY KESKİN

Yazar isimleri	Bildiri Adı
NEVAL BERRİN ARSERİM ÖMER DEMİR SEVİL ERDENLİĞ GÜRBİLEK OSMAN YAŞAR TEL PROF. DR. OKTAY KESKİN	DİYARBAKIR VE ŞANLIURFA İLLERİNDE TİCARİ TAVUK YETİŞTİRİCİLERİNİN HAYVAN SAĞLIĞI FARKINDALIKLARININ BELİRLENMESİ
SEVİL ERDENLİĞ GÜRBİLEK TUBA DAMAR ÇAKIRCA BİRTEN EMRE OSMAN YAŞAR TEL PROF. DR. OKTAY KESKİN	BRUCELLA MELİTENSİS AS CAUSATIVE AGENT FOR SEVERE HEADACHE IN AN ENDEMIC REGION
VETERİNER HEKİM ÖMER DEMİR PROF. DR. OKTAY KESKİN	ŞANLIURFA'DA SAFKAN ARAP ATLARINDA <i>BORRELIA BURGDORFERI</i> SEROPOZİTİFLİĞİNİN BELİRLENMESİ
ÖĞR. GÖR. SEMAHAT DOĞRU ÖĞR. GÖR. MİYASER KAYA	OBSTRÜKTİF UYKU APNESİ VE OBEZİTE
ÖĞR. GÖR. MİYASER KAYA ÖĞR. GÖR. SEMAHAT DOĞRU	D VİTAMİNİN BEYİN FONKSİYONLARINA ETKİSİ
ÖĞR. GÖR. DR. HÜSEYİN ERİŞ ÖĞR. GÖR. M. ŞERİF KİRİŞÇİ ÖĞR. GÖR. M. MURAT YAŞAR	OPTİSYENLİK EĞİTİMİNİN ÖNEMİ VE HASTANELERDEKİ İSTİHDAM OLANAKLARI
ÖĞR. GÖR. M. ŞERİF KİRİŞÇİ ÖĞR. GÖR. DR. HÜSEYİN ERİŞ ÖĞR. GÖR. M. MURAT YAŞAR	HASTANELERDE PODOLOJİ BİRİMLERİNİN GEREKLİLİĞİ VE HASTANELERE ENTEGRASYONU
UZM. MERAL AS ÖĞR. GÖR. DR. HÜSEYİN ERİŞ	SAĞLIK HİZMETLERİNDE VERİ MADENCİLİĞİ, YAPAY ZEKA-İŞ ZEKASININ ROLÜ VE ÖNEMİ
DR. ÖĞR. ÜYESİ FATMA GEDİKLİ ARŞ. GÖR. ÖZNUR CAN	ETKİNLİĞİ BİLİNEREN LİGANDLARDAN YOLA ÇIKILARAK TEDAVİ AMAÇLI KULLANILABİLECEK YENİ MOLEKÜLLERİN TASARLANMASI
DR. ÖĞR. ÜYESİ FATMA GEDİKLİ ARŞ. GÖR. ÖZNUR CAN	GÖĞÜS KANSERİ GELİŞİMİNDE ETKİLİ OLAN HER2 (ERBB2) PROTEİNİ İÇİN İNHİBİTÖR TASARIMI
ÖĞR. GÖR. M. ŞERİF KİRİŞÇİ ÖĞR. GÖR. M. MURAT YAŞAR ÖĞR. GÖR. DR. HÜSEYİN ERİŞ	BİREYLERİN AYAK SAĞLIĞI FARKINDALIK DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ ( <b>POSTER BİLDİRİ</b> )

# 1. ULUSLARARASI GEVHER NESİBE SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ PROGRAMI

6 MAYIS 2018

Saat: 09:30 – 12:00

## LOKMAN HEKİM SALONU

Oturum Başkanı: PROF. DR. MEHMET BAYRAKTAR

Yazar isimleri	Bildiri Adı
ÖĞR. GÖR. FERAY KABALCIOĞLU BUCAK	GEBE KADINLARIN DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİ DOĞUM ÖNCESİ BAKIM ALMA SIKLIĞI VE BUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER
ÖĞR. GÖR. FERAY KABALCIOĞLU BUCAK	NEUMAN SİSTEMLER MODELİNE GÖRE BİR KOLON VE OVER TANILI VAKA ÇALIŞMASI
ÖĞR. GÖR. M. ERCAN ODABAŞIOĞLU ÖĞR. GÖR. ZEYNETTİN KASIRGA ÖĞR. GÖR. TAHİR DEDEOĞLU	SAĞLIKLI GENÇ BİREYLERDE EL KAVRAMA KUVVETİNE DOMİNANT TARAFIN ETKİSİ, YORGUNLUK DURUMU VE REFERANS DEĞERLER
ÖĞR. GÖR. TAHİR DEDEOĞLU ÖĞR. GÖR. M. ERCAN ODABAŞIOĞLU ÖĞR. GÖR. ZEYNETTİN KASIRGA	EL KAVRAMA KUVVETİ ÖLÇÜMÜNDE DİJİTAL DİNAMOMETRE EKSPANINDAN DESTEKLENEN GÖRSEL GERİBİLDİRİMİN ÖLÇÜM SONUÇLARINA ETKİSİ
ÖĞR. GÖR. TAHİR DEDEOĞLU ÖĞR. GÖR. M. ERCAN ODABAŞIOĞLU ÖĞR. GÖR. ZEYNETTİN KASIRGA	KADINLARDA DİZ AĞRISI VE VÜCUT KÜTLE İNDEKSİNİN SOSYODEMOGRAFİK VERİLER İLE İNCELENMESİ / KİLİS ÖRNEĞİ
ÖĞR. GÖR. ZEYNETTİN KASIRGA ÖĞR. GÖR. TAHİR DEDEOĞLU ÖĞR. GÖR. M. ERCAN ODABAŞIOĞLU	GENÇ BİREYLERDE EL KAVRAMA KUVVETİNİN ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERLE KARŞILAŞTIRILMASI
PROF. DR. ŞEBNEM ASLAN ÖĞR. GÖR. FATİH SÜNBÜL ARŞ. GÖR. ŞERİFE GÜZEL	TIBBİ ATIKLARIN BERTARAFI SÜRECİNDE İŞ GÜVENLİĞİ AÇISINDAN KARŞILAŞILABİLECEK RİSK FAKTÖRLERİNİN BELİRLENMESİ
PROF. DR. ŞEBNEM ASLAN ÖĞR. GÖR. FATİH SÜNBÜL ARŞ. GÖR. ŞERİFE GÜZEL	SAĞLIK ÇALIŞANLARININ PERSONEL GÜÇLENDİRME, BAŞARI GÜDÜSÜ VE ETİK LİDERLİK AÇISINDAN FARKLILIKLARI
DR. ÖĞR. ÜYESİ GÜLAY AYDOĞDU DR. ÖĞR. ÜYESİ AYŞE NUR KELEŞ	TÜRKİYE'NİN GÜNEYDOĞU ANADOLU BÖLGESİ'NDE HUMAN PAPILOMA VİRUS PREVALANSI

# 1. ULUSLARARASI GEVHER NESİBE SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ PROGRAMI

6 MAYIS 2018

Saat: 12:30 – 15:00

## LOKMAN HEKİM SALONU

Oturum Başkanı: PROF. DR. MUSTAFA TALAS

Yazar isimleri	Bildiri Adı
ÖĞR. GÖR. SAMİ AKPİRİNÇ ÖĞR. GÖR. SUZAN HAVLİOĞLU	İLK VE ACİL YARDIM TEKNİKLERİNİN OLAY YERİNDE EKSİTUS KARARI VEREBİLME YETKİLERİ SORUNU
ÖĞR. GÖR. SUZAN HAVLİOĞLU ÖĞR.GÖR. SAMİ AKPİRİNÇ	ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN CEP TELEFONU KULLANIM DÜZEYLERİ; ŞANLIURFA ÖRNEĞİ
ÖĞR. GÖR. YAVUZ ÜREN DOÇ. DR. ELANUR YILMAZ KARABULUTLU	TİP 2 DİYABET HASTALARINDA DİYABET KONTROLÜNÜ ZORLAŞTIRAN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ
ÖĞR. GÖR. YAVUZ ÜREN ÖĞR. GÖR. GÜLDEN ATAN ÖĞR. GÖR. MEHMET BULDUK	DİZ OSTEOARTRİTİNDE SICAK VE SOĞUK UYGULAMA
SELAMİ ERDEM	SEZARYEN AMELİYATI GEÇİRMİŞ HASTALARDA HEMŞİRENİN POSTOPERATİF TAKİPTE DİKKAT ETMESİ GEREKEN NOKTALAR
SEYFETTİN ERDEM	BİR HEMŞİRE NEDEN KATARAKT AMELİYATLARINDAN ÖNCE İYİ BİR PREOPERATİF HAZIRLIK YAPMALIDIR?
MEHMET YAŞAR DÖRTBUDAK YAVUZ SELİM SAĞLAM M. BAHAEDDİN DÖRTBUDAK	SARIPRENSES BALIĞINDA HEPATOSTEATOZİS OLGUSUNUN HİSTOPATOLOJİK İNCELENMESİ
MEHMET YAŞAR DÖRTBUDAK YAVUZ SELİM SAĞLAM M. BAHAEDDİN DÖRTBUDAK	SARIPRENSES BALIĞINDA YOĞUN PARAZİT ENFESTASYONUNA BAĞLI BAĞIRSAK HASARININ HİSTOPATOLOJİK İNCELENMESİ <b>(POSTER BİLDİRİ)</b>
ÖĞR. GÖR. SUZAN HAVLİOĞLU ÖĞR.GÖR. SAMİ AKPİRİNÇ	DÜNYA'DA DEĞİŞEN SAĞLIK SORUNLARI: KRONİK HASTALIKLAR <b>(POSTER BİLDİRİ)</b>

## 1. ULUSLARARASI GEVHER NESİBE SAĞLIK HİZMETLERİ KONGRESİ PROGRAMI

6 MAYIS 2018

Saat: 15:30 – 18:00

**LOKMAN HEKİM SALONU**

Oturum Başkanı: DR. HÜSEYİN ERİŞ

Yazar isimleri	Bildiri Adı
UZM. DR. ABDULVAHİT AŞIK DOÇ. DR. SELİM DEREÇİ	ÇÖLYAK HASTALIĞI OLAN ÇOCUKLARDA MEAN PLATELET VOLUM DEĞERLENDİRİLMESİ
UZM. DR. GÖKHAN ÇAKIRCA	HEMŞİRELERİN HEMOLİZ HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR ANKET
UZM. DR. HACİ BALLI DOÇ. DR. İBRAHİM ECE	ÇOCUKLUK ÇAĞI ARTRİTLERİNİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ
YASEMİN AĞAOĞLU	MADDE BAĞIMLILIĞINA NEDEN OLAN İLAÇLAR ETKİ MEKANİZMALARI, AİLE VE TOPLUMUN ETKİLERİ
DR. ÖĞR. ÜYESİ HALİL KAZANASMAZ DR. ÖĞR. ÜYESİ ABDULLAH SOLMAZ	2016-2017 YILLARI ARASINDA ÇOCUK ACİL SERVİSİNE ZEHİRLİ HAYVAN MARUZİYETİYLE BAŞVURAN HASTALARIN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ
YÜKSEK L. ÖĞR. HASRET NARİN BALSAK DOÇ. DR. SEMRA ÇEVİK AKKOZ	ANNELEDE DOĞUM SONU KONFOR İLE EMZİRME ÖZ-YETERLİLİĞİ ARASINDAKİ İLİŞKİ
ASSOC. PROF. DR. TAŞKIN KILIÇ LECTURER İBRAHİM HALİL ÇELİK	ARTVIN PROVINCE RECOVERY PLAN WITHIN THE SCOPE OF TURKISH DISASTER RECOVERY PLAN HOPA FLOOD DISASTER PRACTICE
OP. DR. ONUR OLGAÇ KARAGÜLLE	İLÇE DEVLET HASTANESİ EVDE BAKIM HİZMETLERİ KAPSAMINDA KRONİK BASI YARALARI YÖNETİMİ DENEYİMİ
ÖĞR. GÖR. FERAY KABALCIOĞLU BUCAK MERT KARTAL	GEBE KADINLARDA DEMİR İLACI VE FOLİK ASİT KULLANIM DURUMU VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER
MEHMET BAYRAKTAR OKTAY İLHAN NİHAYET BAYRAKTAR	DIŞKI ÖRNEKLERİNDE ROTAVİRÜSÜN İKİ FARKLI SEROLOJİK METODLA ARAŞTIRILMASI
NİHAYET BAYRAKTAR MEHMET BAYRAKTAR	TALASEMİ HASTALARIN KAN GRUPLARI VE RH D GRUPLARINI TARAMASI

## ÖNSÖZ

Değerli bilim insanları,

4-6 Mayıs tarihleri arasında Şanlıurfa'da düzenlediğimiz Uluslararası Hakemli GAP Zirvesi kapsamında 8 farklı bilimsel eksenli kongreyi başarıyla gerçekleştirmiş olmanın gururunu yaşıyoruz.

Binlerce yıllık geçmişi ile dünyanın en eski yerleşim merkezi olan ve peygamberler şehri olarak da anılan Şanlıurfa tarih boyunca tıptan, felsefeye kadar bir çok alanda ilklere öncülük yapan önemli bir medeniyet merkezi olmuştur. Çok sayıda millet, kültür, din ve siyasi oluşuma beşiklik yapan ve Antik Kültürünün temsilcileri Sabiiler, Hristiyanlar ve Müslümanlar bölgede tarih boyunca büyük bir uyum içerisinde birlikte yaşamışlardır. Dünyanın bilinen ilk üniversitesi de yine binlerce yıl önce Harran'da kurulmuştur.

Ekonomiden sağlık bilimlerine, tarihten teknik bilimlere kadar hemen her alanda 688 eser başvurusunun alındığı ve tüm eserlerin hakemlerimizce titizlikle değerlendirilerek 379 çalışmanın kabul edildiği GAP ZİRVESİ 632 akademisyene ev sahipliği yapmıştır.

Akademik çalışmalarıyla kongrelerimize ve bilim dünyasına katkıda bulunan birbirinden değerli katılımcılarımıza, zirvemizin hazırlık aşamasından itibaren desteğini her aşamada hissettiğimiz zirve başkanımız Sayın Prof. Dr. Mustafa TALAS beyefendiye, düzenleme kurulu üyelerimiz sayın Dr. Hüseyin ERİŞ ve Dr. Hasan ÇİFTÇİ beyefendilere, Öğr. Gör. Sayın Feray KABALCIOĞLU BÜÇÜK hanımefendiye; Başta Doç. Dr. Ümran TÜRKÜLMAN ve Doç. Sevean YILDIZ hanımefendiler olmak üzere katılımcılarımızın eşsiz eserlerini bizlerle buluşturan bilim ve danışma kurulu üyelerimize, koordinatörlerimize, teşrifleriyle bizleri onurlandıran davetli akademisyenlerimize ve emeği geçen herkese çok teşekkür eder, bu eşsiz eserin bilim dünyasına hayırlı olmasını dilerim.

Mustafa Latif EMER  
Düzenleme Kurulu Başkanı

## İÇİNDEKİLER

KONGRE KÜNYESİ	i
FOTOĞRAFLAR	ii
BİLİM KURULU	iii
PROGRAM	iv
ÖNSÖZ	v

## BİLDİRİLER

<b>İzzet AYDEMİR &amp; Okan ÖZKAN</b> <b>ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN ÖĞRENMEYE İLİŞKİN TUTUMLARININ BELİRLENMESİ: SAĞLIK YÖNETİMİ BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİ ÜZERİNE BİR UYGULAMA</b>	1
<b>Abdullah Çetin YİĞİT</b> <b>ÖZEL BİR POPÜLASYONDA SAĞLIK SİSTEM PERFORMANSI VE DUYARLILIĞININ ANALİZİ</b>	8
<b>Mehmet Emin KURT &amp; Mümtaz KORKUTAN</b> <b>ÜLKEMİZDE VE DÜNYA' DA SAĞLIK ÇALIŞANLARINA UYGULANAN ŞİDDET VE SONUÇLARI</b>	19
<b>Musa ÖZATA &amp; Mustafa ALTINTAŞ</b> <b>KIRŞEHİR'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN MEVCUT DURUMU</b>	26
<b>Fatmira SHEHU &amp; Enkela ZANI &amp; Suzana KOLA &amp; Ermira MARKU &amp; Bizena BIJO</b> <b>DETECTION OF CHLORAMPHENICOL RESIDUES IN MILK AND SAMPLES USING ELISA AND LC/MS-MS</b>	32
<b>Fatmira SHEHU &amp; Enkela ZANI &amp; Suzana KOLA &amp; Ermira MARKU &amp; Bizena BIJO</b> <b>OCCURRENCE OF AFLATOXIN M1 IN ALBANIAN RAW MILK DETECTED BY ELISA TECHNIQUE</b>	36
<b>Halil KAZANASMAZ &amp; Abdullah SOLMAZ</b> <b>2016-2017 YILLARI ARASINDA ÇOCUK ACİL SERVİSİNE ZEHİRLİ HAYVAN MARUZİYETİYLE BAŞVURAN HASTALARIN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ</b>	40
<b>Yasemin AĞAOĞLU</b> <b>MADDE BAĞIMLILIĞINA NEDEN OLAN İLAÇLAR ETKİ MEKANİZMALARI, AİLE VE TOPLUMUN ETKİLERİ</b>	45

## ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN ÖĞRENMEYE İLİŞKİN TUTUMLARININ BELİRLENMESİ: SAĞLIK YÖNETİMİ BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİ ÜZERİNE BİR UYGULAMA

Arş. Gör. İzzet AYDEMİR

Ankara Üniversitesi, iaydemir@ankara.edu.tr

Dr. Okan ÖZKAN

Ankara Üniversitesi, okanozkan@ankara.edu.tr

### Özet

Öğrencilerin öğrenmeye istekliliği ve bunu önemsemeleri başarılı olmalarını sağlayacaktır. Bu açıdan öğrencilerin öğrenmenin doğasını kavramaları, öğrenmeye açık olmaları ve yeni bilgiler edinmeleri durumunda kaygı taşımamaları önemlidir. Öğrenmede bu önemli noktalar düşünülerek Sağlık Yönetimi lisans öğrencilerinin öğrenmeye ilişkin tutumlarının belirlenmesi çalışmada amaçlanmıştır. Öğrenmeye ilişkin tutumların belirlenmesinde “Öğrenmeye İlişkin Tutum Ölçeği” kullanılmıştır. Çalışmada öğrencilerin öğrenmeye ilişkin puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Öğrenmeye ilişkin tutumlarda cinsiyet ve sınıf düzeyi bakımında farklılık tespit edilmemişken, akademik başarı düzeyi bakımından öğrenmeye ilişkin kaygı alt boyutu dışında istatistiksel anlamlılık tespit edilmiştir. Çalışmada elde edilen bu bulgular doğrultusunda akademik başarı düzeyi arttıkça öğrenmeye ilişkin tutumlarda negatif ve düşük bir ilişkinin varlığı saptanmıştır. Bu doğrultuda öğrencilerin okuma eğilimlerinin artırılması, öğrenme kuram, yöntem ve tekniklerin öneminin vurgulanması, yansıtıcı öğrenme yaklaşımının benimsenmesi ve öğrenilenlerin çalışma hayatına olan önemli etkisini aktarımı önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Genel Akademik Düzeyi, Öğrenme Kuramları, Sağlık Yönetimi, Tutum

### Giriş

Birey çevresiyle sürekli bir iletişim ve etkileşim içindedir. Bu iletişim ve etkileşim biçimi bireyin öğrenme sürecini pozitif ya da negatif etkilemektedir. Öğrenme eylemi bireye birtakım davranışlar kazandırmaktadır. Bu bakımdan düşünüldüğünde öğrenmeyi davranışta yaşanan değişimler bütünü olarak tanımlamak yerinde olacaktır. Öğrenme eylemi kendiliğinden oluşmamaktadır. Belirli bir süreç içinde bir takım faktörlerden etkilenmesi ya da bu faktörleri etkilemesi sonucu somut kazanır. Seven ve Engin (2008) eğitim bilimlerinde öğrenmeyi etkileyen faktörleri belirlenmeye ilişkin kapsamlı çalışmalarında cinsiyet, yaş, eski yaşantılar, dikkat, uygunlaşma ve motivasyonel benzeri olguların öğrenme üzerinde etkili olduklarını belirtmişlerdir.

Washburne (2006) öğrenmeyi, uygun deneyimler veri iken karşılaşılan sorunların en uygun biçimde çözme becerisi olarak tanımlamıştır. Yılmaz (2009) öğrenmeyi sosyal, psikolojik, fiziksel ve çevresel gibi birçok unsurlardan anlam çıkarma, bilgiye, bilgilenmeye yol açan bir süreç olarak nitelendirmiştir. Bu süreç içinde kazanılan bilgi, beceri, yeterlilik ve tutum gibi olgular bireyin gelişme ve değişimlere başarılı bir şekilde uyum yeteneklerini geliştirmektedir (Kara, 2010: 50).

Öğrenmeyi öğrenmek ya da öğrenmeye giden yolu öğrenmek önemlidir. Dolayısıyla öğrencilerin öğrenme çabaları bilgiye ulaşmanın önemli bir yoludur. Öğrenciler bilgiyi zihinlerinde yapılandırarak elde ederler. Bu nedenle bilginin yapılandırma sürecinde, bilgiyi kabul etme biçiminin olumlu ya da olumsuz olması, öğrenmeye açık olma ya da olmama, yüksek ya da düşük beklenti düzeyine sahip olma önemli faktörlerdir (Senemoğlu, 2005: 574; Akt. Şen, 2013: 948).

Öğrenme temel olarak bireysel bir performanstır. Öğrenmeye yönelik negatif ya da pozitif tutumlar öğrenme başarısı için önemli olduğu gibi öğrencileri öğrenmeye daha açık hale getirerek öğrenme sürecindeki beklentilerini artırır ve kaygı düzeylerini azaltır (Şen, 2013: 947). Anghelache (2013) öğrencilerin öğrenmeyi düşünme biçimleri kişisel katılım, amaç ve kişisel başarı faktörleri ile ilişkilendirilebileceğini ifade etmiştir. Öğrenme odaklı iyi motive olmuş öğrenciler hem daha başarılı olur hem de öğrenme becerilerini geliştirme odaklı olurlar (Burke ve Williams, 2008: 115). Öğrencilerin bilgi edinmeye yönündeki pozitif tutumları bir konuyu öğrenme çabalarını desteklemektedir (Kara, 2010: 51).

Tutumlar, nesnelere, insanlar ya da olaylar hakkında olumlu ya da olumsuz değerlendirmeleri içeren ifadelerdir (Robbins ve Judge, 2013: 72). Öğrenmeye yönelik tutumlar, öğrencilerin hedef koyma düzeyleri, problem çözme becerileri, öğrenmeye yönelik inançları, öğrenme sürecindeki iç ve dış motivasyonları ve yaptıkları tüm akademik performansları üzerinde önemli değişkenlerdir (Şen, 2013: 947). Literatürde tutumların üç temel bileşeninden söz edilir. Bireylerin düşünme yapısını karakterize eden *bilişsel* tutumlar, nesnelere ve olaylara yönelik bireylerin duygularını belirten *duyusal* tutumlar ve eylem ve eğilimlerin yönünü belirleyen *davranışsal* tutumlardır (Petty vd., 1997: 611; Robbins ve Judge, 2013: 72).

Tutumlar özellikle eğitimde önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir (Osborne vd., 2003: 1051). Öğrenmeye ilişkin pozitif tutumların geliştirilmesi başarılı olmanın anahtar bir unsurudur. Bu konuda yapılmış farklı çalışmalar tutumların öğrenme üzerindeki etkisini ortaya koymuştur. Öz-yeterlilik, kullanılabilirlik ve ilgi duyma gibi duygulardan oluşan pozitif tutum içinde olan bireylerin (Liaw vd., 2007: 1067) öğrenme konusunda daha iyi performans gösterdikleri (Duarte, 2007: 781) belirlenmiştir. Diğer taraftan Watters ve Watters (2007) çalışmalarında öğrencilerin öğrenecekleri konuların kariyerlerinde ve kişisel gelişimlerinde etkili olacağına inandıkları konuları öğrenmek için daha çok çaba sarf ettiklerini tespit etmişler. Fakeye (2010) ve benzeri araştırmacılar tutumlar ile dil öğrenme performansı arasında güçlü bir ilişki olduklarını belirtmişler. Diğer başka araştırmacılar akademik başarı düzeyi ile olumlu tutumlar arasında ilişkinin varlığını saptamışlardır (Graham, 2004: 171; Gasiewski vd., 2012: 259).

Çalışma öğrenme ve tutumlar arasındaki önemi ortaya koyarak bir üniversitede okuyan Sağlık Yönetimi bölümü lisans programı öğrencilerinin öğrenmeye yönelik tutumlarını belirlemeyi amaçlamıştır.

### Yöntem

Çalışmada, Ankara Üniversitesi Sağlık Yönetimi bölümü birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerinin öğrenmeye ilişkin tutumlarının bazı sosyo-demografik özelliklerine göre analizi amaçlanmıştır. Sağlık Yönetimi bölümü öğrencilerinin öğrenmeye ilişkin tutumlarının;

- Cinsiyet,
- Sınıf düzeyi,
- Ortalama akademik başarı puanları açısından anlamlı olup olmaması çalışmanın alt hipotezleri olarak belirlenmiştir.

Çalışmada örneklem seçilmemiş olup 2017-2018 bahar dönemi ara sınavı öğrencilerinin ankete verdikleri yanıtlar araştırma kapsamında analiz edilmiştir. Toplam kayıtlı 392 lisans öğrencisinin 239'u ankete gönüllü katılım sağlamıştır. Dolayısıyla analizler sadece 239 anket üzerinde yapılmıştır.

Tanımlayıcı nitelikte olan çalışma veri toplama yöntemi olarak Kara (2010) tarafından geliştirilen ve geçerlik-güvenirlik çalışması yapılan “Öğrenmeye İlişkin Tutum Ölçeği” kullanılmıştır. Başlangıçta 77 maddeden oluşan ölçek, faktör analizi sonucu 40 madde ile son halini almıştır. Bu ölçeğin 11 maddesi (4- 8- 11- 13- 16- 20- 24- 28- 32- 36- 38) olumsuz ifadelerden oluşmaktadır. Çalışmada bu olumsuz ifadeler SPSS istatistik programında ters kodlanarak analize dâhil edilmiştir. Ölçekte yer alan ve araştırmacı tarafından oluşturulan tutum ölçeğinin alt boyutlar ve içerdikleri madde sayıları aşağıdaki tabloda belirtilmiştir.

**Tablo 1:** Öğrenmeye İlişkin Tutum Ölçeği Alt Boyutları ve Madde Sayıları

Ölçek Alt Boyutları	Madde Sayısı	Cronbach's Alpha
Öğrenmenin Doğası	7	0,62
Öğrenmeye İlişkin Beklentiler	9	0,78
Öğrenmeye Açıklık	11	0,82



Öğrenmeye İlişkin Kaygılar	13	0,83
<b>Ölçek Toplam Cronbach's Alpha</b>		<b>0,73</b>

Ölçek Likert tipi 5'li dereceleme ölçeği formatında olup derecelendirmesi: 5-Katılıyorum, 4-Kısmen Katılıyorum, 3-Fikrim Yok, 2-Katılmıyorum ve 1-Hiç Katılmıyorum şeklinde puanlandırılmıştır. Ölçeğin alt boyutlarının Cronbach Alpha katsayıları orijinal çalışmada 0,72-0,81 arasında değerlere sahip olmuştur. Ölçeğin genel Cronbach Alpha'sı ise 0,73 olarak bulunmuştur. Aynı ölçeğin kullanıldığı başka çalışmalarda genel Cronbach Alpha değerlerini Şen (2013) 0,76, Kara vd. (2016) ise 0,77 olarak tespit etmişler. Bu çalışmada ölçeğin alt boyutlarına ilişkin Cronbach Alpha değeri 0,73 bulunmuştur (Tablo 1). Araştırmalarda Cronbach Alpha değerinin 0,70'in üzerinde olması güvenilirlik için yeterli (Bayram, 2004: 128) olduğu kabul edilmektedir. Nitekim Özdamar (1999) güvenilirlik katsayısına ilişkin ölçüt değerlerini şöyle özetlemiştir:

0,00< $\alpha$ <0,40 olduğu zaman ölçek güvenilir değildir.

0,41< $\alpha$ <0,60 olduğu zaman ölçek düşük güvenilirliktedir.

0,61< $\alpha$ <0,80 olduğu zaman ölçek orta düzeyde güveniliridir.

0,81< $\alpha$ < 1,00 olduğu zaman ölçek yüksek düzeyde güveniliridir.

Çalışmada tanımlayıcı analizler için kategorik veriler (frekans (n) ve yüzde (%)) ve sürekli veriler için de ortalama, standart sapma vb. merkezi dağılım ölçüleri kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan veriler genelde normal dağılım varsayımlarını yerine getirmediği görülmüştür. Fakat gruptaki veri sayılarının 30'dan büyük olması ve verilere ilişkin çarpıklık ve basıklık değerlerinin (-2,00-2,00) arasında olması sosyal bilimlerde parametrik testlerin kullanılabilirliğini göstermektedir (George ve Mallery, 2010). Tablo 2'de bu değerlere yer verilmiştir. Çalışmada kullanılan değişkenlerin çarpıklık ve basıklık değerleri -2,00 ile 2,00 arasında yer aldığı görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında çalışmada verilerin analizinde parametrik değişkenler olan iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (Student t testi) ile tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA testi) kullanılmıştır. Varyans analizi sonucunda gruplar arasında fark bulunduğu ise, farkın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc testlerine yer verilmiştir.

**Tablo 2:** Çalışmada Kullanılan Değişkenlerin Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

Değişkenler	Çarpıklık (Skewness)	Basıklık (Kurtosis)	Kabul Edilebilir Aralık
Cinsiyet	1,130	-,729	<b>-2,00-2,00</b>
Sınıf Düzeyi	-,092	-1,288	
Akademik Ortalama	-,159	-,535	
Mezun Olunan Lise	1,479	,599	

Ayrıca çalışmada akademik başarı düzeyi ile tutum ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkiye Pearson's korelasyon analizi kullanılarak bakılmıştır.

### **Bulgular ve Tartışma**

Öğrenim süresi boyunca öğrencilerin öğrenmenin farkında olması, onu özümsemeleri ve öğrenmenin doğasına yönelik bilgi derinliğine sahip olmaları öğrencilerin okumaya yönelik eğilimlerine katkı sağlayacaktır. Bilgiye açıklık ve öğrenmeye ilişkin beklenti düzeylerinin yüksek olması onların öğrenme sürecini hızlandırmaktadır. Tabii yeni şeyler öğrenmenin ve öğrenme yaşantılarının gelecek vaat etmesi de aynı derecede öğrenme etkinliğini gerçekleştirenlerin kaygı

düzeyinde bir düşüş meydana getirmesi beklenen bir durumdur. Tablo 3'te ölçek alt boyutları ve bu boyutların içerdikleri anlamlar belirtilmiştir.

**Tablo 3: Öğrenmeye İlişkin Tutum Ölçeği Alt Boyutları**

Ölçek Alt Boyutları	Açıklamalar
Öğrenmenin Doğası	Öğrenmenin doğasına ilişkin duygu, algı, tutum ve düşüncelerdir. Öğrenmeyi içselleştirme, kavramlarını öğrenme süreçleri...
Öğrenmeye İlişkin Beklentiler	Öğrenmenin gerçek yaşamla uyumlu olması, gelecekte fayda sağlaması...
Öğrenmeye Açıklık	Bilme ihtiyacı ve gelişme arzusunu yansıtır...
Öğrenmeye İlişkin Kaygılar	Yeni bir öğrenme durumunda yaşanan kaygıları belirtir, başarı düzeyini azaltır

**Kaynak:** (Kara, 2010)

Öğrencilerin öğrenmeye ilişkin algılamaları, tutumlarının geliştirilmesinde ve bu tutumlara göre bir eğitim ortamının yaratılması önemlidir. Öğrenmeye ilişkin olumlu tutumlar öğrencilerin öğrenme aktivitelerine katılmayı yönlendirir (Aktürk, 2012). Bu açıdan öğrencilerin öğrenme aktivitelerine yönelik algılarının ve tutumlarının belirlenmesi önemlidir. Çalışmaya ilişkin tanımlayıcı özellikler ve ölçeğe verdikleri yanıtların ortalamaları Tablo 4'te yer verilmiştir.

**Tablo 4: Sağlık Yönetimi Öğrencilerinin Demografik Özellikleri ile Öğrenmeye Yönelik Algı Puanlarının Karşılaştırılması**

Değişkenler		Tanımlayıcı Özellikler		Öğrenmenin Doğası		Öğrenmeye İlişkin Beklentiler		Öğrenmeye Açıklık		Öğrenmeye İlişkin Kaygılar	
		N	f	Ort.	p	Ort.	p	Ort.	p	Ort.	p
Cinsiyet	Kadın	178	74,5	1,54	0,85	1,43	0,01	1,82	0,39	3,31	0,34
	Erkek	61	25,5	1,53		1,62		2,00		3,25	
Sınıf Düzeyi	1. Sınıf	61	25,5	1,61	0,68	1,53	0,50	1,88	0,38	3,20	0,67
	2. Sınıf	49	20,5	1,63		1,50		1,79		3,35	
	3. Sınıf	79	33,1	1,45		1,42		1,90		3,23	
	4. Sınıf	50	20,9	1,49		1,50		1,73		3,48	
Akademik Başarı Düzeyi	0,00-0,20	18	7,5	1,74	0,03 (1-3)	1,79	0,05 (1-2, 1-3)	2,18	0,23 (1-2, 1-3)	3,08	0,31
	0,21-0,30	138	57,7	1,56		1,48		1,84		3,28	
	0,31-0,40	83	34,7	1,45		1,41		1,77		3,35	

Çalışmaya katılan öğrencilerin %74,5'ini kadınlar oluşturmaktadır. Sınıf düzeyi bakımından katılımcıların %25,5'i 1. Sınıf, %20,5' 2. Sınıf, %33,1'i 3. Sınıf ve %20,9'u 4. Sınıf öğrencilerinden oluşmaktadır. Bu öğrencilerin %57,7'sinin akademik başarı düzeyinin orta düzeyde (0,21-0,30) yer aldıkları görülmektedir. Çalışmaya katılan öğrencilerin öğrenmeye ilişkin tutumlarının puan ortalamasının *zayıf düzeyde* olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin cinsiyet ve sınıf düzeyleri ölçek alt boyutlarına ilişkin istatistiksel anlamlılık tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ). Fakat akademik başarı düzeyi ile öğrenmenin doğası, öğrenmeye ilişkin beklentiler ve öğrenmeye açıklık ölçek alt boyutlarında farklılaşmaktadır. Akademik başarı düzeyi öğrenmenin doğasına yönelik düşük olan öğrencilerin puan ortalaması yüksek olan öğrencilere göre puan ortalaması daha yüksektir ( $1,74>1,45$  ve  $p<0,05$ ). Benzer şekilde istatistiksel anlamlılık düzeyine sahip diğer boyutlarda da genelde düşük akademik başarısına sahip olmak yüksek akademik başarısına sahip olmaya göre daha yüksek puanlar elde edilmiştir.

Şen (2013) üçüncü sınıf Teknoloji ve Teknik Bölümü öğrencileri üzerinde yaptığı araştırmada cinsiyet ile öğrenmeye ilişkin tutumlar arasında istatistiksel anlamlılık saptamamıştır. Aynı araştırmada yüksek akademik başarı düzeyine sahip olmanın öğrenmenin doğasına ilişkin olumlu tutumları yansıttığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan 254 öğrencinin 153 kişisi orta düzeyde akademik başarıya sahip olmuştur.

Bu çalışmada genel olarak öğrencilerin öğrenmeye ilişkin tutumlarının yapılmış benzer çalışmalara göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 5). Gazi üniversitesi Teknoloji ve Teknik Eğitimi Bölümü öğrencileri ile Harran Üniversitesi Eğitim Fakültesi çeşitli bölümlerinde (Müzik, Resim-İş, Sınıf ve Din Kültürü ve Ahlak Bilgisi) yapılmış araştırmada elde edilen ortalamalar daha yüksek bulunmuştur (Adıgüzel, 2014).

**Tablo 5:** Farklı Bölümlerde Okuyan Lisans Öğrencilerin Öğrenmeye İlişkin Tutumları

Araştırmanın Yapıldığı Bölümler	Öğrenmenin Doğası		Öğrenmeye İlişkin Beklentiler		Öğrenmeye Açıklık		Öğrenmeye İlişkin Kaygılar	
	N	Ort.	N	Ort.	N	Ort.	N	Ort.
SY (Ankara)	239	1,54	239	1,48	239	1,84	239	3,29
Tek. Tek. Eğitim F. (Gazi)	254	4,19	254	4,21	254	4,02	254	2,66
Harran Ü. Eğitim Fak.	215	4,52	215	3,20	215	4,35	215	4,40

Sağlık Yönetimi bölümü öğrencilerinin öğrenmeye ilişkin tutumları düşük olarak saptanmıştır. Buna karşın farklı araştırmalarda öğrencilerin öğrenmeye ilişkin tutumları daha yüksek bulunmuştur. Sağlık Yönetimi bölümünde okuyan öğrencilerin öğrenmenin doğasını anlamada yetersiz oldukları, öğrenmeye az açık olduğu ve öğrenmeye ilişkin beklenti düzeylerinin düşük olduğu çıkarılması yapılabilir. Çalışmada yeni bir şeyleri öğrenmeye yönelik öğrencilerin kaygı düzeylerinin yüksek olması araştırmanın bulgularını pekiştirmektedir.

Öğrencilerin sahip oldukları akademik başarı düzeyleri ile öğrenmeye ilişkin tutumları arasında bir ilişkinin varlığı Pearson's korelasyon analizi kullanılarak bakılmıştır (Tablo 6). Bu analiz doğrultusunda akademik başarı düzeyi ile ölçek alt boyutlarından olan öğrenmeye ilişkin kaygılar boyutu dışında  $p>0,05$  düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Fakat bu ilişki negatif ve zayıf olarak saptanmıştır. Yani öğrencilerin akademik başarı düzeyi arttıkça öğrenmeye ilişkin tutumlarında bir azalış söz konusu olmuştur. Benzer bir araştırma Aktürk (2012) tarafından yapılmıştır. Araştırmada akademik başarı düzeyi ile öğrenmenin doğası alt boyutunda düşük düzeyde ve pozitif bir korelasyon bulunmuştur.

**Tablo 6:** Öğrencilerin Öğrenmeye İlişkin Tutum Ölçeği Puan Ortalamaları ile Akademik Başarı Düzeyleri Arasındaki İlişki

Öğrenmeye İlişkin Tutum Ölçeği Alt Boyutları	Öğrenmenin Doğası	Öğrenmeye İlişkin Beklentiler	Öğrenmeye Açıklık	Öğrenmeye İlişkin Kaygılar	*P<0,05
Akademik Başarı Düzeyi (r)	-,165*	-,179*	-,149*	,090	
(Aktürk, 2012)	,144*	-,042	-,048	-,052	

**Sonuç**

Bir eğitim-öğretim programının başarıya ulaşabilmesinde o programda okuyan öğrencilerin öğrenmeye ilişkin nasıl bir tutum sergiledikleri önemlidir. Öğrencilerin öğrenmenin doğasını ve gerekliliğini anlamaları, öğrenmeye ilişkin beklentilerin yüksek olması, öğrenme için ne kadar açık oldukları ve öğrenme için sarf edilen çaba onları program hedefleriyle uyumlu bireyler olarak yetişmelerine katkı sağlayacaktır. Aynı şekilde yeni şeyler öğrenmeye ilişkin korku ve kaygı düzeylerinde gözlenen düşüş öğrenmelerini hızlandıracaktır.

Çalışma bulguları doğrultusunda araştırmanın yapıldığı üniversitede okuyan Sağlık Yönetimi öğrencilerinin öğrenmeye ilişkin algılamalarının oldukça düşük olduğu gözlenmiştir. Bu algı ve tutumların cinsiyet ve sınıf düzeyi bağlamında istatistiksel bir değişim bulunmamıştır. Çalışmada öğrencilerin akademik başarı düzeyleri arttıkça öğrenmeye ilişkin tutumlarında da ters bir ilişki saptanmıştır. Bu bulgular doğrultusunda geliştirilen öneriler şöyle geliştirilebilir:

- Öğrencilerin okumaya olan eğilimleri artırılmalıdır.
- Eğitim ve öğretimin önemi vurgulanmalıdır. Bu doğrultuda öğrenim kuramları, öğrenme yaklaşımları ile öğrenme yöntem ve teknikleri gözden geçirilmelidir.
- Öğrenme yaşantılarının öğrencilerin gündelik hayatlarına yansımaları sağlayacak şekilde programlanmalıdır.
- Öğrenilenlerin öğrencilerin mesleki yaşantılarını destekler nitelikte olduğu kendilerine idrak ettirilmelidir.

**Kaynaklar**

Adıgüzel, A. (2014). Öğretmen adaylarının öğrenmeye ilişkin tutumları ile bilgi okuryazarlık becerileri arasındaki ilişkinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi, *Uluslararası Eğitim Programları ve Öğretim Çalışmaları Dergisi*, 4(7): 13-24.

Aktürk, A.O. (2012). Öğretmen adaylarının öğrenmeye ilişkin tutumlarının tercih etme nedenlerine ve akademik başarılarına göre incelenmesi, *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13(3): 283-297.

Anghelache, V (2013). Determinant factors of students' attitudes toward learning, *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 93: 478-482

Bayram, N. (2004). Sosyal Bilimlerde SPSS ile veri Analizi, Ezgi Kitabevi, Bursa.

Burke, L.A., Williams, J.M. (2008). Developing young thinkers: an intervention aimed to enhance children's thinking skills, *Thinking Skills and Creativity*, 3:104-124.

Duarte, A.M. (2007). Conceptions of learning and approaches to learning in Portuguese students, *High Educ*, 54: 781-794.

Fakeye, D. (2010). Students' personal variables as correlates of academic achievement in English as a second language in Nigeria, *Journal of Social Sciences*, 22 (3): 205-211.

Gasiewski, J.A., Eagan, M.A., Garcia, G.A., Hurtado, S., Chang, M.J. (2012). From gatekeeping to engagement: A multi-contextual, mixed method study of student academic engagement in introductory STEM courses, *Research in Higher Education*, 53(2): 229-261.

- George, D. Mallery, M. (2010). SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson. (<https://books.google.com.tr>), Erişim: 31.03.2018.
- Graham, J. (2004). Giving up on modern foreign languages? Students' perceptions of learning French, *The Modern Language Journal*, 88:171-191.
- Kara, A. (2010). Öğrenmeye ilişkin tutum ölçeğinin geliştirilmesi, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(32): 49-62.
- Kara, A., Tekin, H., Ünişen, A., İzci, E. (2016). Ortaokul öğrencilerinin öğrenmeye ilişkin tutumlarının bilgisayar kullanma alışkanlıkları bakımından incelenmesi, *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 5(2): 56-65.
- Liaw, S.S., Huang, H.M., Chen, G.D. (2007). Surveying instructor and learner attitudes towards e-learning, *Computers and Education*, 49:1066-1080.
- Osborne, J., Simon, S., Collins, S. (2003). Attitudes toward science: A review of the literature and its implications, *International Journal of Science Education*, 25: 1049-1079.
- Özdamar, K. (1999). Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi 1, Kaan Kitabevi, Eskişehir.
- Petty, R.E., Wegener, D.T., Fabrigar, L.R. (1997). Attitudes and attitude change, *Annul Rev. Psychol*, 48: 609-647.
- Robbins, S.P., Judge, T.A. (2013). *Organizational Behavior*, (Ç. Ed), Erdem, İ., Örgütsel Davranış, Nobel Yayıncılık, 14. Basımdan Çeviri, Ankara.
- Senemoğlu, N. (2005). *Development, Learning and Teaching: From Theory to Practice*. (11th.ed.). (Gelişim Öğrenme ve Öğretim: Kuramdan Uygulamaya). Gazi Bookstore (Gazi Kitabevi).
- Seven, M.A., Engin, A.O. (2008). Öğrenmeyi etkileyen faktörler, *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 12(2): 189-212.
- Şen, H.Ş. (2013). The attitudes of university students towards learning, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 83: 947-953.
- Washburne, J.N. (2006). The definition of learning, *Journal of Educational Psychology*, 27(8): 603-611.
- Watters, D.J., Watters, J.J. (2007). Approaches to learning by students in the biological sciences: Implications for teaching, *International Journal of Science Education*, 29(1): 19-43.
- Yılmaz, M. (2009). Öğrenme ve bilgi ilişkisi, *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 29(1): 173-191.

## ÖZEL BİR POPÜLASYONDA SAĞLIK SİSTEM PERFORMANSI VE DUYARLILIĞININ ANALİZİ

Dr. Öğr. Üyesi Abdullah Çetin YİĞİT  
Lefke Avrupa Üniversitesi, cyigit@eul.edu.tr

### Özet

**Amaç:** Bu araştırma da Türk Silahlı Kuvvetleri personelinin TSK sağlık sisteminde sunulan sağlık hizmetine ilişkin arzu ve isteklerinin ne düzeyde gerçekleştiğinin ve TSK sağlık sisteminin bu beklentilere ne derece karşılık verebildiğinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

**Materyal ve Metot:** Bu çalışmada, bir sağlık sisteminin genel performans düzeyini belirleyen en önemli değişkenlerden biri olarak sistemin duyarlılığı (responsiveness) analiz edilmiştir. Araştırma kapsamı açısından TSK'nin ana unsurları olan kuvvet komutanlıkları esas alınmıştır. Komutanlıklara gönderilen 1200 anketten 1151'i (% 95.9) geri gelmiş ve geri gelen anketlerden 79 anket veri eksikliği nedeniyle araştırma dışı bırakılmıştır. Kalan 1072 anket (% 89.3), araştırma kapsamına alınmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından geliştirilen Sağlık Sistem Duyarlılık (Responsiveness) anket formu (2003 yılı versiyonu) uygulanmıştır.

**Bulgular:** Yapılan çok değişkenli regresyon analizi sonucunda; ayakta veya yatan hastaların sistemi değerlendirmesine yönelik algılarının % 14.2'sinin açıklandığı görülmüştür. Modele giren anlamlı değişkenlerin medeni durum, öğrenim durumu, statü, bireylerin genel sağlık durumları ve yaş olduğu dikkat çekmektedir.

TSK Sağlık Sistemi duyarlılık skoru 5'li likerte göre ayakta bakım 3,57, yatarak bakım 3,47 ve genel duyarlılık 3,52 olarak gerçekleşmiştir.

Örneklem grubunun beklentilerini birinci sırada "Saygınlık", ikinci derecede "Güven Duyma" ve üçüncü derecede "Fiziksel Konfor Kalitesi" oluşturmuştur. Buna karşılık sistemin duyarlılık cevabı ise birinci sırada "Fiziksel Konfor Kalitesi", ikinci derecede "Saygınlık" ve üçüncü derecede "Açık İletişim" olmuştur.

**Sonuç :** Duyarlılık araştırmaları ile elde edilen sonuçlara göre, kullanıcılarına daha fazla cevap verebilen sağlık sistemlerinin, daha iyi sağlık politikalarına sahip olduklarını göstermektedir. Sağlık sistemine yapılan harcamalar gerçekten arttırılmak isteniyorsa, sağlığı iyileştirecek politikalara yatırım yapmak gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler :** Sağlık Sistem Performansı, Sağlık Sistem Duyarlılığı, Sağlık Sistem Beklentileri

## ANALYSIS OF HEALTH SYSTEM PERFORMANCE AND RESPONSIVENESS IN A SPECIAL POPULATION

### Abstract

**Objective :** In this research, it is aimed to show to what extent the desires and wishes of the Turkish Armed Forces personnel about the health service presented in the TAF health system and the extent to which the TAF health system can respond to these expectations.

**Material and Method :** In this study, the system's responsiveness was analyzed as one of the most important variables determining the overall performance level of a health system. For the scope of the research, the force commands, which are the main elements of TAF, were taken as basis. Out of 1200 surveys sent to the commanders, 1151 (95.9%) came back and 79 out of the returned questionnaires were excluded due to lack of data. The remaining 1072 questionnaires (89.3%) were included in the study.

**Results :** As a result of the multivariable regression analysis; 14.2% of the perceptions of patients in the standing or inpatient setting to evaluate the system are explained. It is noted that the significant variables in the model are marital status, education status, status, general health status of the individuals and age.

TAF Health System sensitivity score was 3.57 in outpatient care, inpatient care 3.47 and general sensitivity 3.52 according to the 5th likeness.

The expectation of the sample group was "Respectiveness" in the first place, "Trusting Hearing" in the second place and "Physical Comfort Quality" in the third place. On the other hand, the sensitivity of the system was "Physical Comfort Quality" in the first place, "Respectiveness" in the second place and "Open Communication" in the third place.

**Conclusion :** According to the results obtained by the responsiveness studies, health systems, which can respond more to its users, show that they have better health policies. If expenditure on the health system is really to be increased, it is necessary to invest in policy to improve health.

**Key Words :** Health System Performance, Health System Responsiveness, Health System Expectations.

### Sağlık Sistem Performansı ve Duyarlılığı

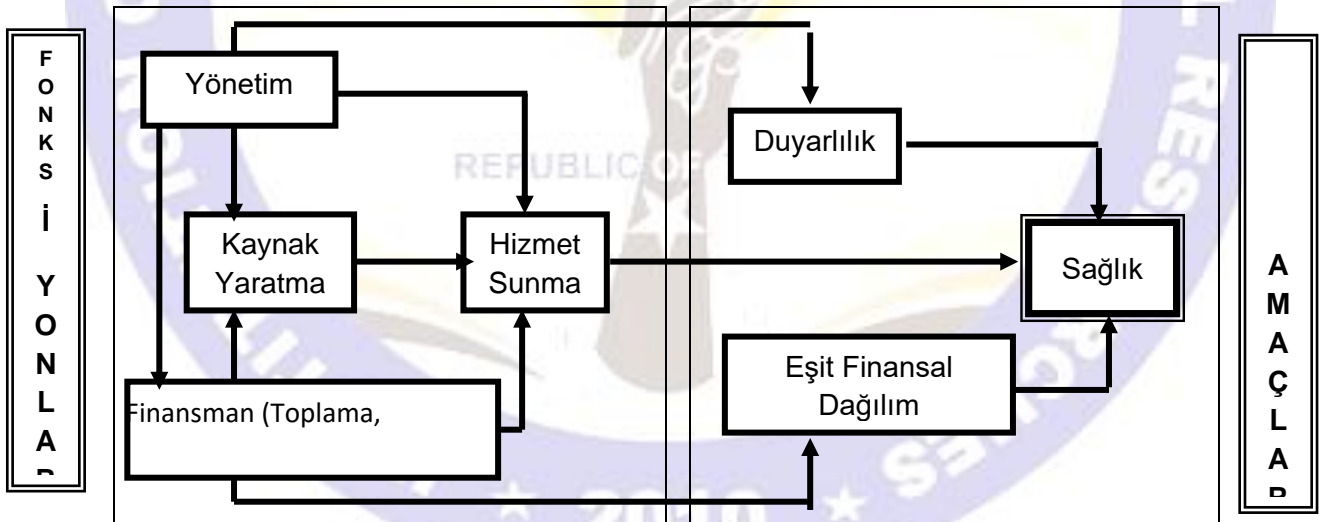
Sağlık sistemi (Health System); kaynaklar, çalışanlar ve finansmanla ilgili kurumlar, sağlık faaliyetlerinin sağlanması ve düzenlenmesini içermektedir. Bu yüzden sistem, sağlığın yükseltilmesi ve sağlık hizmetinin dağılımını yapan organizasyonlarda çalışan sağlık personeli, organizasyon veya kurumların bir toplamı olarak görülmektedir (LaFond A. K., -2002) (WHO(d)-2000).

#### Sağlık Sistem Performansı:

Dünya Sağlık Örgütü sağlık sisteminin toplam performansını belirlemede bu performansı etkileyen 4 ana sağlık sistem fonksiyonu üzerinde durmuştur. Bunlar;

- Finansman (gelir toplama, fon biriktirme ve satın alma) (Örneğin; sosyal sağlık sigortası, kullanıcı katkıları)
- Hizmet sunma (kişisel veya toplumsal) (Örneğin; yönetimli bakım, özerk hastaneler)
- Kaynak yaratma (Örneğin; personelin görev başı eğitimi) ve
- Yönetimdir. (Örneğin; özel sektörün düzenlenmesi, sağlıkla ilgili yasal düzenlemeler) (LaFond A. K.,-2002) (Evans D.B., -2001) (Daniels N.,-2000).

Bir sağlık sisteminin amaç ve fonksiyonlarına ilişkin yapı Şekil-2'de görülmektedir.



Şekil-1 : Sağlık Sistem Amaçları ve Fonksiyonları

Kaynak: (WHO(a)-2001)

Konsepte göre bir sistemin performansı sağlık sistem amaçlarının başarısına bağlıdır. Bunlar; Sağlıklı Olma, Sağlığın Dağılımı, Duyarlılık Düzeyi, Duyarlılığın Dağılımı ve Finansal Dağılımda Eşitlik (Richardson J. ve Diğ.- 2003) (Mckee M.-2001) (WHO(b)-2000) (Moeller J., ve Sonntag A.K- 2002) (Valentine N.B. ve Diğ. -2000) (Christopher M. ve Frenk J.-2001) (Murray C.J.L. ve Diğ. -2001).

**Sağlık Sisteminin Duyarlılığı :**

2000 yılı DSÖ raporunda en önemli yeniliklerden biri de, toplumun aldığı hizmetten beklentilerini öne çıkaran sağlık sisteminin duyarlılığını değerlendiren bir gösterge geliştirilmiş olmasıdır. Raporda kullanılan veriler 35 ülkede yapılan araştırmalar sonucunda elde edilmiş ve elde edilen bu anahtar bilgiler çoklu regresyon yöntemi ile 156 ülkeye yansıtılmış ve sonuçta 191 ülkenin yer aldığı duyarlılık indeksi geliştirilmiştir (Anderson G. ve Hussey P.S.- 2001) (Blendon R.J. ve Diğ.-2001) (Charles D. ve Ark.-2000).

Sağlık sistemin duyarlılığı sağlık dışındaki görünümle ilişkili olarak sistem performansının nasıl olduğu, sağlık bakım sunucuları tarafından sağlanan hizmetin, toplumun beklentilerini karşılayıp karşılamadığını belirleyen bir kavramdır (WHO(c)-2000).

DSÖ'nün duyarlılık çalışmasındaki ana amacı; hem ülke insanların ve hem de ülke politikacıların yararlı olarak kullanabilecekleri bir standart geliştirmektir Duyarlılığın ayrı bir amacı da sağlık sistem süreçleri veya daha fazla duyarlı tedaviden elde edilecek sağlık çıktıları ile refah düzeyinin artırılmasına katkıda bulunmaktır (WHO(c)-2001).

**Duyarlılık Elementleri :**

Duyarlılık konsepti içinde iki temel boyut yer almaktadır. Birincisi; “Bireylere Saygı Boyutu”, ikincisi ise; “Müşteri Yönelim Boyutu”dur.

**a. Duyarlılığın Bireylere Saygı Boyutu;**

Uygun ve yerinde bakımda hastaların hakları ve korunmaları ile ilişkilidir. Saygınlık, özerklik, güven duyma ve iletişim elementlerini içermektedir (Amala De Silva-2000) (Christopher J.L.Murray ve Julio Frank-2000).

**(1) Saygınlık-İtibar (Dignity) :**

Hastalara saygı gösterilerek onlara bu bakımın bir hak olarak verilmesidir (Valentine N.B., ve Diğ.-2000) (Murray C.J.L., ve Diğ.-2001).

Saygı elementi aşağıdaki öğeleri kapsamaktadır.

- Bireylerin saygılı bir şekilde tedavi edilmesi,
- Tıbbi bakım personelinin hastaya ve yakınlarına saygılı davranışı,
- Bayanların çocuk sahibi olma haklarına saygı gösterilmesi,
- HIV, Cüzzam ve diğer tip bulaşıcı hastalıkları olan bireylerin haklarının korunması ve saygısızlık edilmemesidir (Charles D. ve Diğ.-2000) (WHO(c)-2001).

**(2) Özerklik (Autonomy) :**

Özerklik; bir kişinin, tedaviyi terk etme, alternatif tedavi, teşhis ve bakım çeşitlerini özgürce seçebilme hakkıdır (WHO(a)-2000) (Valentine N.B., ve Diğ.-2000) (Murray C.J.L., ve Diğ.-2001).

Özerklik genel olarak dört hak ile tanımlanmaktadır (Charles D. ve Diğ.-2000) (WHO(c)-2001).

Bunlar;

- Alternatif tedavi seçenekleri ve hastalık hakkında bireysel olarak bilgi alma hakkı,
- Tedavi hakkında danışabilme hakkı,
- Teşhis ve tedavi durumunda izin verme hakkı,
- Tedaviyi kabul etmeme konusunda hastanın hakkı,

**(3) Güven Duyma (Confidentiality) :**

Tıbbi kayıtlar ile doktor ve hasta iletişimde gizliliğin (mahremiyetin) korunmasıdır (Valentine N.B., ve Diğ.-2000) (Murray C.J.L., ve Diğ.-2001).

Güven duyma kapsamında;

- Hastaların muayene, konsültasyon ve tedavilerinde gizliliklerini (mahremiyeti) koruyacak bir şekilde davranılmalı,
- Sağlık bakım sunucuları hasta tarafından verilen bilgiyi güvenli bir şekilde korumalı,
- Sağlık bakım sunucuları hastanın tıbbi kayıtlardaki bilgilerini muhafaza etmelidir (Charles D. ve Diğ.-2000) (WHO(c)-2001).



**(4) İletişim (Communication) :**

Özerkliğin bir parçası olarak sağlık personeli ile iletişimi ve bilgi edinmeyi kapsamaktadır.

Bu elementin kapsamına göre;

- Bireyler, sağlık personeli ile kendi hastalıkları hakkında serbestçe konuşabilmelidir,
- Bireyler, kendi hastalıkları, semptomları, tedavi ve bakım konusunda sağlık personeline serbestçe soru sorabilmelidir,
- Hastalara sağlık bakım sunucuları tarafından sağlık sistemi, nasıl ulaşılabileceği ve finansmanı konusunda bilgi verilmelidir,
- Sağlık bakım kuruluşları, bu hizmeti kullanan insanlara kolaylık sağlayacak bir şekilde yol ve yön gösteren levha, yazı ve işaretlerle belirlenmelidir (WHO(c)-2001).

**b. Duyarlılığın Müşteri Yönelim Boyutu;**

Bu boyut “müşteri odaklılık” olarak da adlandırılmaktadır. Müşteri odaklılık boyutu dört alt elementten oluşmaktadır. Bunlar; anında ilgi, temel konfor kalitesi, sağlık bakım sunucusunun seçimi ve bakım esnasında sosyal destek unsurlarına ulaşımıdır (Christopher J.L.Murray ve Julio Frank-2000).

**(1) Anında İlgi (Prompt Attention) :**

Konsültasyon ve tedavi için bekleme sırası ve bekleme zamanının kısalığı, sağlık bakım ünitelerine yakın olma ve ulaşılabilirliğin ifade etmektedir (Valentine N.B., ve Diğ.-2000) (Murray C.J.L., ve Diğ.-2001) (WHO(a)-2000).

Bu elementin kapsamına;

- Acil durumda bakıma hızla erişebilme yeteneğine sahip olma,
- Sağlık bakım imkanlarına coğrafik olarak ulaşılabilirlik imkanı,
- Muayene, konsültasyon ve tedavi için kabul edilebilir kısa bekleme süresi,
- Muayene, konsültasyon ve tedavi için bekleyen hasta sayısının azlığı,
- Randevu için kısa bekleme süresi gibi öğeler girmektedir (WHO(c)-2001) (Charles D. ve Diğ.-2000).

**(2) Temel Konfor Kalitesi (Quality of Care Provider) :**

Kaliteyi arttıran bir öge olarak sağlık bakım ünitelerinin sağlık dışı fiziksel özelliklerini kapsamaktadır (Valentine N.B., ve Diğ.-2000) (Murray C.J.L., ve Diğ.-2001).

Bu element;

- Temiz çevre,
- Yeterli bina havalandırması,
- Yeterli alan,
- Yeter miktarda uygun mobilya,
- Temiz su,
- Temiz tuvalet ve banyo,
- Temiz yatak ve yatak takımı,
- Sağlıklı ve lezzetli yiyecek ve içecekler,
- Hastane bina ve donanımının düzenli temizlenmesi süreçlerini kapsamaktadır (Charles D. ve Diğ.-2000) (Murray C.J.L., ve Julio Frank-2000) (WHO(c)-2001).

**(3) Sağlık Bakım Sunucularının Seçimi (Choice of Care Provider):**

Hastanın, sağlık bakım kurumları ile o kurumdaki uzman hekimi seçebilme kabiliyetidir (Valentine N.B., ve Diğ.-2000) (Murray C.J.L., ve Diğ.-2001) (WHO(a)-2000).

Bu element;

- Sağlık bakım kurumları arasında seçim yapabilme,
- Bir sağlık kurumunda birden fazla doktor varsa doktoru seçebilme,
- Pratisyen ve uzman bakımını ayırabilme,

- İstenildiği takdirde bir uzmana danışabilme öğelerini kapsamaktadır (WHO(c)-2001) (Charles D. ve Diğ.-2000).

#### (4) Bakım Esnasında Sosyal Destek Unsurlarına Ulaşım (Access to Social Support Network During Care) :

Bakım esnasında hastaların rahatlığını sağlamak amacıyla sağlık bakım faaliyetlerinin en iyi tatmini sağlayacak şekilde düzenlenmesidir (Valentine N.B., ve Diğ.-2000) (Murray C.J.L., ve Diğ.-2001) (WHO(a)-2000).

Bu element kapsamına;

- Kliniklerde bakım süreci içinde bulunan hastaların kaynaşmasına önem verilmesi,
- Bakım sürecinde hastanın aile, akraba ve arkadaşları tarafından sıkça ziyaret edilebilmesi,
- Sağlık personeli tarafından hastaya ters etki yapacak veya diğer bireyleri incitecek faaliyetlerden kaçınılması,
- Eğer sağlık kurumu tarafından sağlanamıyorsa akraba ve arkadaşları tarafından müsaade edilen yiyecek ve diğer tüketilebilir maddelerin sağlanması,
- Televizyon, radyo, kitap, gazete ve diğer okunacak materyale ulaşım imkanının sağlanması,
- Aile, arkadaşları ve yakın çevresine ulaşımı sağlayabilecek telefon veya diğer imkanların sağlanması,
- Ölümcül hastalığa yakalananlar ile hastalığından muzdarip olan hastalar için psikolojik ve sosyal hizmet desteğinin verilmesidir (CharlesD. ve Diğ.-2000) (Amala De Silva-2000) (WHO(c)-2001).

#### Gereç ve Yöntem:

Dünya'da sağlık sisteminin duyarlılığı kavramı DSÖ raporu ile gündeme gelmiş ve önem kazanmıştır. DSÖ tarafından yapılan araştırmalar ve istatistiksel tekniklerle 191 ülke sağlık sistemini kapsayan duyarlılık indeksi geliştirilmiştir. Bu indeks sağlık sistemlerinin tıbbi bakım dışında kalan boyutların kalitesini ve sistem performansını gösteren bir kavram olarak kullanılmaktadır.

Bu çalışmada, bir sağlık sisteminin genel performans düzeyini belirleyen en önemli değişkenlerden biri olarak sistemin duyarlılığı (responsiveness) analiz edilmiştir. Bu çerçevede duyarlılık içinde yer alan 8 elemente (fiziksel konfor kalitesi, saygınlık, açık iletişim, anında ilgi, hizmet sunucu seçimi, özerklik, güven duyma, bakım esnasında sosyal destek unsurlarına ulaşım) ilişkin değerlendirmelerinin ne düzeyde olduğu ortaya konulmuştur. Ayrıca DSÖ indeksinde yer alan ülkelere ait skorlar ile karşılaştırılarak TSK. sağlık sisteminin yeri ve durumu değerlendirilmiştir.

Araştırma kapsamı açısından TSK'nin ana unsurları olan kuvvet komutanlıkları esas alınmıştır. Ayrıca evreni temsil etmesi açısından her kuvvetin hem karargah hem de kıt'a teşkilleri göz önüne alınarak her kuvvet için komutanlık karargahı ve Ordu/Kolordu düzeyinde bir kıta komutanlığı araştırma kapsamına alınmıştır. Bu maksatla; Ankara Garnizonundan Kara, Deniz ve Hava Kuvvetleri Komutanlık karargahları ile Jandarma Genel K.lığı karargahında görev yapan personel ile kıt'aları temsil etmesi açısından Kara Kuvvetleri için 7 nci Kolordu K.lığı (DİYARBAKIR), Deniz Kuvvetleri için Donanma K.lığı (GÖLCÜK), Hava Kuvvetleri için 1 nci Taktik Hava Kuvvet K.lığı (ESKİŞEHİR) ve Jandarma Genel K.lığı için Jandarma Asayiş Kolordu K.lığında (VAN) görevli personelden örneklem alınmıştır.

Komutanlıklara gönderilen 1200 anketten 1151'i (% 95.9) geri gelmiş ve geri gelen anketlerden 79 anket veri eksikliği nedeniyle araştırma dışı bırakılmıştır. Kalan 1072 anket (% 89.3), araştırma kapsamına alınmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından geliştirilen Sağlık Sistem Duyarlılık (Responsiveness) anket formu (2003 yılı versiyonu) uygulanmıştır.

Duyarlılık anketi yedi ana bölüm ve toplam 132 sorudan oluşmuştur. Anket bölümleri ve soru sayıları Tablo-1'de verilmiştir.

Tablo-1: Sağlık Sistem Duyarlılık Ölçüm Anketi Bölümleri

S.NO	BÖLÜM	BÖLÜMDEKİ SORU SAYISI
1.	Demografya ve Hizmet Bilgileri	11
2.	Genel Sağlık Durumu	18
3.	Sağlık Hizmet İhtiyacı	27
4.	Sağlık Sisteminin Önemliliği	8
5.	Sağlık Hizmet Sunumu	10
6.	Ayakta Bakım (Poliklinik)	26
7.	Yatarak Bakım (Klinik)	32
<b>TOPLAM</b>		<b>132</b>

Araştırmada ortalama skorlar hesaplanmıştır. Ayrıca ayaktan ve yatarak bakım duyarlılığında sistemi kullananların algılarının ölçümünde hangi değişkenlerin etkili olduğunu bulmak amacıyla çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Bu analiz ile modele giren değişkenlerin duyarlılığı açıklama durumları analiz edilmiştir.

Anketin güvenilirliği içsel tutarlılık yöntemiyle test edilmiş olup bu çerçevede Cronbach Alpha katsayısı hesaplanmıştır. Buna göre; sağlık sisteminin önemliliğine (beklenti) ilişkin bölüm için yapılan hesaplamada güvenilirlik katsayısının 0.69, ayaktan duyarlılık bölümü için 0.92, yatarak bakım bölümü için 0.91 ve genel sağlık durumu için 0.92 olduğu ve bulunan bu güvenilirlik katsayılarının kabul edilebilir sınırlar içerisinde yer aldığı görülmektedir.

#### Tsk. Sağlık Sistemi Genel Duyarlılık Bulguları

Ayakta veya yatarak bakım alan hastaların sağlık sistemini değerlendirmesinde etkili olan değişkenlerin neler olduğu Tablo-2’de incelenmektedir.

Tablo-2: Ayakta veya Yatarak Sağlık Bakım Hizmeti Alan Hastaların Sisteme İlişkin Algılamalarında Etkili Olan Faktörler

	Standardize Edilmiş Beta Katsayıları	VIF	t	p
R <sup>2</sup>	,142			
F	7,571			
p	,000			
Sabit			6,038	,000
Diyarbakır	-,046	3,680	-,757	,449
Gölcük	-,020	3,569	-,344	,731
Eskişehir	-,002	3,492	-,038	,970
Van	,079	3,185	1,417	,157
Erkek	,055	2,026	1,224	,221
<b>Bekar</b>	,073	1,275	2,066	<b>,039</b>
<b>Lisans</b>	,086	1,584	-2,176	<b>,030</b>
<b>Lisansüstü</b>	,125	1,827	-2,935	<b>,003</b>
<b>Astsubay</b>	-,198	2,184	-4,255	<b>,000</b>
<b>Uzman Erbaş</b>	-,088	1,537	-2,262	<b>,024</b>
<b>Sivil Memur</b>	-,143	2,643	-2,792	<b>,005</b>
Dz.K.K.	-,037	<b>3,746</b>	-,605	,545
Hv.K.K.	-,069	3,417	-1,186	,236
J.Gn.K.	-,016	2,326	-,329	,742
<b>Genel sağlık</b>	,258	1,097	7,821	<b>,000</b>
<b>30-34 yaş</b>	-,113	1,935	-2,582	<b>,010</b>
<b>35-39 yaş</b>	-,120	1,622	-2,996	<b>,003</b>
<b>40 yaş ve üstü</b>	-,114	1,578	-2,897	<b>,004</b>
Beklenti düzeyi	-,051	<b>1,041</b>	-1,581	,114

Yapılan çok değişkenli regresyon analizi sonucunda; ayakta veya yatan hastaların sistemi değerlendirmesine yönelik algılarının % 14.2'sinin açıklandığı, modele giren değişkenlerin varyans şişme değerlerinin (VIF) 0-10 değerleri arasında olması beklenirken modelin bunu sağladığı ve değerlerin 1,041-3,746 arasında olduğu ve bu sonuca göre bağımsız değişkenler arasında çoklu bağlantı sorunun olmadığı tespit edilmiştir. Tablo-60'da görüldüğü üzere; modele giren anlamlı değişkenlerin medeni durum, öğrenim durumu, statü, bireylerin genel sağlık durumları ve yaş olduğu dikkat çekmektedir.

Buna göre; bireylerin sisteme ilişkin algılamaları ile medeni durum arasında pozitif yönde anlamlı ilişkinin olduğu, bekarların referans grup olan evlilere göre sistemle ilgili algılamalarının daha iyi olduğu,

Bireylerin sisteme ilişkin algılamaları ile öğrenim durumu arasında anlamlı ilişkinin olduğu, lisansüstü ve lisans mezunlarının referans grup olan ilköğretim-lise mezunlarına göre sistemle ilgili algılamalarının daha iyi olduğu,

Bireylerin sisteme ilişkin algılamaları ile statü arasında anlamlı ilişkinin olduğu, astsubay, uzman erbaş ve sivil memur gruplarının referans grup olan subay grubuna göre sistemle ilgili algılamalarının daha düşük olduğu,

Bireylerin sisteme ilişkin algılamaları ile genel sağlık durumları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu, yani genel sağlık durumları daha iyi olan bireylerin sisteme ilişkin algılamalarının da iyi olduğu,

Diğer yandan bireylerin sisteme ilişkin algılamaları ile yaş arasında anlamlı bir ilişki olduğu, 30-34 yaş, 35-39 yaş ile 40 yaş ve üstü gruplarının referans grup olan 30 yaş altı gruba göre sistemle ilgili algılamalarının daha düşük olduğu görülmektedir.

Bu araştırma kapsamında elde edilen TSK Sağlık Sistemi duyarlılık durumu Tablo-3'de verilmiştir. Duyarlılık elementlerine göre ayrı bir şekilde ölçümlenen ayakta ve yatarak duyarlılık skorlarının aritmetik ortalaması ile elementlere ait genel duyarlılık skorları bulunmuştur.

Tablo-3: TSK Sağlık Sistemi Duyarlılık Durumu

Duyarlılık Elementleri	Ayakta Bakım ( $\bar{x}$ )	Yatarak Bakım ( $\bar{x}$ )	Genel Duyarlılık ( $\bar{x}$ )
Saygınlık	3.83	3.73	3.78
Güven Duyma	3.69	3.62	3.66
Fiziksel Konfor Kalitesi	3.60	3.61	3.61
Anında İlgi	3.53	3.40	3.47
Sosyal Destek Unsurlarına Ulaşım	(*)	3.42	3.42
Açık İletişim	3.45	3.30	3.38
Özerklik	3.43	3.29	3.36
Hizmet Sunucu Seçimi	3.32	3.32	3.32
<b>Genel Ortalama</b>	<b>3.57</b>	<b>3.47</b>	<b>3.52</b>

(\*) Bakım esnasında sosyal destek unsurların ulaşım elementi sadece yatarak bakım için hesaplanmaktadır.

Araştırma sonucunda elde edilen TSK Sağlık sistemi duyarlılık elementlerinin beklenti düzeyleri ile karşılaştırılması Tablo-4'de verilmiştir.

Tablo-4: TSK Sağlık Sistemi Beklenti ve Duyarlılık Durumu

Duyarlılık Elementleri	Genel Duyarlılık Derecesi (**)	Genel Duyarlılık ( $\bar{x}$ )	Beklenti ( $\bar{x}$ )	Beklenti Derecesi (*)
Saygınlık	1	3.78	4.86	2
Güven Duyma	2	3.66	4.66	6
Fiziksel Konfor Kalitesi	3	3.61	4.88	1
Anında İlgi	4	3.47	4.79	4

Sosyal Destek Unsurlarına Ulaşım	5	3.42	4.42	8
Açık İletişim	6	3.38	4.83	3
Özerklik	7	3.36	4.54	7
Hizmet Sunucu Seçimi	8	3.32	4.71	5
<b>Genel Ortalama</b>		<b>3.52</b>	<b>4.71</b>	

(\*) Araştırma kapsamına alınan bireylerin sistemden beklenti derecelerini göstermektedir.

(\*\*) Sistemin duyarlılık derecesini göstermektedir.

Tablo incelendiğinde, örneklem grubunun TSK Sağlık Sistemden beklentisinde fiziksel konfor kalitesi 4.88 skor ile ilk sırada yer alırken, sistemin duyarlılık derecesinde bu element 3.61 ile üçüncü sırada yer almıştır.

Saygınlık 4.86 skor ile ikinci derecede beklenirken, sistemin duyarlılığında bu element 3.78 skor ile ilk sırada,

Açık iletişim 4.83 skor ile üçüncü derecede beklenirken, sistemin duyarlılığında bu element 3.38 skor ile altıncı sırada,

Anında ilgi 4.79 skor ile dördüncü derecede beklenirken, sistemin duyarlılığında bu element 3.47 skor ile yine aynı sırada,

Hizmet sunucu seçimi 4.71 skor ile beşinci derecede beklenirken, sistemin duyarlılığında bu element 3.32 skor ile son sırada,

Güven duyma 4.66 skor ile altıncı derecede beklenirken, sistemin duyarlılığında bu element 3.66 skor ile ikinci sırada,

Özerklik 4.54 skor ile yedinci derecede beklenirken, sistemin duyarlılığında bu element 3.36 skor ile yine aynı sırada,

Sosyal destek unsurlarına ulaşım 4.42 skor ile sekizinci derecede beklenirken, sistemin duyarlılığında bu element 3.42 skor ile beşinci sırada yer almıştır.

Örneklem grubunun duyarlılık açısından sistemden genel beklentisi 4.71 olarak bulunmasına karşılık, TSK sağlık sisteminin buna karşılık verebilme düzeyi 3.52 olarak gerçekleşmiştir. Başka bir deyişle TSK Sağlık Sistemi bireylerin beklentilerine yaklaşık % 75.0 oranında cevap verebilmiştir.

Tablo-5'de görüldüğü üzere yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar DSÖ ağırlıklandırması esas alınarak yeniden hesaplanmıştır. Beşli Likert ölçeğine göre **TSK. sağlık sistemi duyarlılık düzeyi 3.54** olarak bulunmuştur.

Tablo-5: DSÖ Ağırlıklandırmasına Göre TSK Sağlık Sistem Duyarlılığı

Boyutlar	Elementler	Ağırlık Oranı (%)	Bu Araştırmadan Elde Edilen Skor	Ağırlıklandırma Yapılmış Skor
Bireysel Saygı Boyutu (%50)	Saygınlık	16.67	3.78	0.63012
	Özerklik	16.67	3.37*	0.56177
	Güven duyma	16.67	3.66	0.61012
Müşteri Yönelim Boyutu (%50)	Anında İlgi	20.00	3.47	0,69400
	Fiziksel Konfor Kalitesi	15.00	3.61	0,54150
	Sosyal Destek Unsurlarına Ulaşım	10.00	3.42	0,34200
	Hizmet Sunucusunun Seçimi	5.00	3.32	0,16600
<b>TSK. Sağlık Sistemi Duyarlılık Düzeyi</b>				<b>3,54551</b>

\* Açık iletişim elementi özerklik elementi içinde ifade edilmektedir. Bu nedenle özerklik ve açık iletişim elementlerinin ortalaması alınmıştır.

DSÖ tarafından 35 ülkede duyarlılık araştırması yapılmış olup araştırmalar sonucunda elde edilen anahtar bilgiler çoklu regresyon ve istatistiksel tahminleme yöntemi ile 156 ülkeye yansıtılarak

toplam 191 ülkenin duyarlılık indeksi oluşturulmuştur. DSÖ tarafından oluşturulan bu indeks sağlık bakım dışındaki görünümde sistem performansının bir göstergesidir (Blendon R.J., ve Diğ.-2001). Türkiye’de DSÖ tarafından duyarlılık araştırması fiili olarak yapılmamış olup, yukarıda belirtilen 156 ülke içinde yer alarak duyarlılık skoru istatistiksel tekniklerle belirlenmiştir.

DSÖ’ nün indeksi ile TSK sağlık sisteminin duyarlılık düzeyinin karşılaştırılması Tablo-6’da verilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü’nün duyarlılık sıralaması 10’lu skalaya göre düzenlenmiştir. Ayrıca bu tabloda, Uğurluoğlu tarafından 2003 yılında Ankara’da sağlık kurumları yöneticileri üzerinde yapmış olduğu Türk sağlık sisteminin yeterliliğine ilişkin yaptığı araştırma sonuçlarına da yer verilmiştir (Uğurluoğlu-2003).

Tablo-6: Ülkeler ile Türk Silahlı Kuvvetleri Sağlık Sistem Duyarlılığının Karşılaştırılması

Sıra No	Ülke Adı	İndeks1	İndeks2	İndeks3	İndeks4	İndeks5	S. No
1	Amerika Birleşik Devletleri	8.10					
2	İsviçre	7.44					
3	Lüksemburg	7.37					
4	Danimarka	7.12					
5	Almanya	7.10					
6	Japonya	7.00			(3.52x2) <b>7.04</b>	(3.54x2) <b>7.08</b>	<b>6</b>
7-8	Kanada	6.98					
7-8	Norveç	6.98					
9	Hollanda	6.92					
10	İsveç	6.90					
31	Malezya	6.32					
32	San Marino	6.30					
33	Tayland	6.23					
34	İspanya	6.18					
35	Kore Cumhuriyeti	6.12		<b>6.14</b>			<b>35</b>
46	Mongolia	5.79					
47-48	Antigua ve Barbuda	5.78					
47-48	Çek Cumhuriyeti	5.78					
49	Filipinler	5.75	<b>5.76</b>				<b>49</b>
50	Polonya	5.73					
90-91	Kazakistan	5.19					
92	Ermenistan	5.18					
<b>93</b>	<b>Türkiye</b>	<b>5.16</b>					
94	Tunus	5.15					
95	Dominik Cumhuriyeti	5.14					
130-131	Azerbaycan Cumhuriyeti	4.81					
186	Eritrea	3.75					
187-188	Mali	3.74					
187-188	Uganda	3.74					
189-190	Mozambik	3.73					
189-190	Niger	3.73					
191	Somali	3.69					

İndeks-1: Dünya Sağlık Örgütü’nün 191 ülkede yaptığı araştırma sonuçları.

İndeks-2: Uğurluoğlu’nun sağlık kurumları yöneticileri üzerinde yaptığı araştırma sonucu

İndeks-3: Uğurluoğlu’nun skorunun DSÖ ağırlıklandırma metodolojisine göre aldığı skor.

İndeks-4: TSK. sağlık sistemi duyarlılık skoru.

İndeks-5: Bu araştırma skorunun DSÖ ağırlıklandırma metodolojisine göre aldığı skor.

DSÖ'nün indeksine göre Türkiye sağlık sistemi 191 ülke arasında 5.16 skor ile 93 ncü sırada yer almıştır (WHO(c)-2000). Uğurluoğlu'nun araştırmasında Türkiye sağlık sistemi ise 5.76 skor ile 49 ncu sırada yer alırken, DSÖ ağırlıklandırması yapıldığında bu skor 6.14'e yükselerek sıralamada 35 nci sıraya yükselmiştir (Uğurluoğlu-2003).

Yaptığımız araştırma sonucu bulunan skor 10'lu skalaya çevrildiğinde duyarlılık düzeyi 7.04 (3.52x2) olarak, DSÖ ağırlıklandırması yapıldıktan sonra ise 7.08 (3.54x2) olarak bulunmuştur. Araştırma sonucu bulunan skor ile DSÖ ağırlıklandırması yapıldıktan sonraki skor arasında % 2'lik bir değişim olduğu görülmektedir. Bu durum için araştırmaya alınan örneklem grubunun ankete tutarlı cevaplar verdikleri yorumu yapabiliriz.

Bir sağlık sisteminin duyarlılığı, her ülkede hasta tatminini yansıtmaktan ziyade, onların sağlık dışındaki ihtiyaçlarını göz önüne almaktadır. DSÖ'nün indeksi incelendiğinde Amerika Birleşik Devletleri duyarlılık indeksinde 8.10 ile ilk sırayı aldığı halde müşteri tatmininde 14 ncü sırayı almıştır. Buna karşın Finlandiya duyarlılık sıralamasında 11 nci sırada, müşteri tatmininde ise 2 nci sırada yer almaktadır. Kanada ise duyarlılıkta 5 nci, müşteri tatmininde 12 ncü sırayı almıştır (Blendon R.J., ve Diğ.-2001).

Duyarlılık ile sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar arasında bir ilişki olup olmadığını ortaya koymak amacıyla yapılan bir araştırmada 17 endüstrileşmiş ülkedeki kişi başına düşen sağlık harcamaları ile bu ülkelerin DSÖ indeksinde kaçınıcı sırada olduğu karşılaştırılmış ve sonuçta duyarlılık oranı ile kişi başına düşen sağlık harcaması arasında hayli yüksek bir ilişki ( $r = 0.93$ ) olduğu bulunmuştur. Başka bir deyişle, "ne kadar çok harcarsan, sistemin o kadar duyarlı (yeterli) olur". Bunun yanında daha fazla harcama yaparken duyarlılık oranı yükselebilir, ancak hasta tatmini aynı oranda yükselmeyebilir. Başka bir deyişle, hasta tatminini arttırmak için daha fazla harcama yapmaya gereksinim yoktur (Blendon R.J., ve Diğ.-2001).

### Sonuç

Sistem duyarlılığı açısından TSK Sağlık Sistemi, Türk Sağlık Sistemi önünde yer almakta iken 15 Temmuz 2016'dan sonra 2016/9109 sayılı "Gülhane Askeri Tıp Akademisi ve Asker Hastanelerinin Devrine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Karar" ile askeri hastaneler ve sağlık okulları Sağlık Bakanlığına bağlanmıştır. Askeri sağlık hizmetleri, barış ve sefer şartlarında değişiklik göstermektedir. Seferde askeri sağlık hizmetinin birinci ilkesi hastayı veya yaralıyı hastalık veya yara dercesine göre tasnif ederek (triaj) kısa sürede tedavi birimine nakletmektir. Bu bağlamda yaralanma durumunda ilk bir saat (golden hour) çok önemlidir. Askeri hekimler hareket alanına yönelik harp cerrahisi bilgi ve deneyimleri ile bu hizmeti geçmişte yerine getirirken, mevcut durumda bu görev Devlet Hastanelerince hasta protokolüne göre yürütülmektedir. Buda hizmet bekleyenlerin beklentilerini karşılayıp/karşılamadığının araştırılması gerekmektedir.

Belirtilen bu problem alanının çözümü için 2017 yılından diğer tıp fakültelerinden istekli öğrencilerin yatay geçişle askeri hekim yetiştirilmek üzere tekrar GATA'ya alınmasına başlanmıştır. Buda memnuniyet verici bir gelişme olarak görülmelidir.

Sonuç olarak, duyarlılık araştırmaları ile elde edilen sonuçlardan biri de, kullanıcılarına daha fazla cevap verebilen sağlık sistemlerinin, daha iyi sağlık politikalarına sahip olduklarını göstermektedir (Navorra V.-2000). Sağlık sistemine yapılan harcamalar gerçekten arttırılmak isteniyorsa, sağlığı iyileştirecek ve yükseltecek politikalara yatırım yapmak gerekmektedir.

### Kaynaklar :

Anderson G., Hussey P.S.; "Comparing Health System Performance in OECD Countries", Health Affairs, Vol: 20 (3), pp: 219-233, May/ jun 2001.

Blendon R.J., Kim M., Benson J.M.; "The Public Versus The World Health Organization on Health System Performance", Health Affairs, Vol: 20, pp:10-20, 2001.

Charles D., Nicole V., Christopher J.L.M., De Silva A.; "Strategy on Measuring Responsiveness", WHO, GPE Discussion paper series: No:23, Geneva, 2000.

Daniels N., Bryant J., Castano R.A., Dantes O.G., Khan G.H., Pannarunothai S.; **“Benchmarks of Fairness for Health Care Reform: A Policy Tool for Developing Countries”**, Bulletin of The World Health Organization, Vol: 78 (6), pp: 740-750, 2000.

De Silva A., Valentine N.; **“Measuring Responsiveness : Results of A Key Informants Survey in 35 Countries”**, WHO, GEP Discussion Paper Series, No:21, Geneva, 2000.

Evans D.B., Tandon A., Murray C.J.L., Lauer J.A.; **“Comparative Efficiency of National Econometric Analysis”**, BMJ, Vol: 323, pp: 307-310, 2001.

LaFond A. K., Brown L., and Macintyre K.; **“Mapping Capacity in Health Sector : A Conceptual Framework”**, International Journal Health Planning and Management, Vol:17, pp:3-22, 2002.

Moeller J., and Sonntag A.K.; **“Assessing The Performance of Health Systems: Contributions Made By The WHO”**, Business Briefing, Global Healthcare, Vol:3, pp:1-5, 2002.

Murray C.J.L., Frenk J.; **“ A Framework for Assessing The Performance of Health Systems”**, Bulletin of The World Health Organization, Vol:78 (6), pp:717-731, 2000.

Murray C.J.L., Kawabata K., and Valentine N.B.; **“People’s Experience Versus People’s Expectations”**, Health Affairs, Vol:20, No:3, pp:21-24, 2001.

Navarra V.; **“Assesment of The World Health Report 2000”**, The Lancet, Vol:356 Nov-4, pp: 1598-1601, 2000.

Richardson J., Wildman J., and Robertson I.K.; **“A Critique of The World Health Organization’s Evaluation of Health System Performance”**, Health Economics, Vol:12 (5), pp: 355-356, May-2003.

Uğurluoğlu Ö.; **“Sağlık Kurumları Yöneticilerinin Türk Sağlık Sisteminin Yeterliliğine İlişkin Görüşleri”**, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 2003.

Valentine N.B., De Silva A., Murray C.J.L.; **“Estimating Responsiveness Level and Distribution For 191 Countries : Methods and Results”**, WHO, GEP Discussion Paper Series, No:22, Geneva, 2000.

WHO(a); **“A Quick Reference Compendium of Selected Key terms used in The World Health Report 2000”**, Geneva, 2000.

WHO(b); **“Addressing The Major Challenges To Health Systems”**, 53th World Health Assembly, Report, Geneva, 20 May 2000.

WHO(a); **“Background Paper For The Technical Consultation on Effective Coverage of Health Systems”**, Executive Board Report, Geneva, August- 2001.

WHO(c); **“Health System : Improving Performance ?”**, The World Health Report 2000, published WHO, pp: 1-207, Geneva, June-2000.

WHO(b); **“Regional Consultation and Technical Workshop on Health Systems Performance Assessment”**, WHO Regional Office For South-East Asia Report, New Delhi, October-2001.

WHO(d); **“Strengthening Health System in Developing Countries”**, 53 th World Health Assembly Report, Geneva, 12 May 2000.

WHO(c); **“The Technical Consultation on Responsiveness Concepts and Measurement”**, WHO Background Paper, Geneva, 13-14 Sept.2001.



## ÜLKEMİZDE VE DÜNYA' DA SAĞLIK ÇALIŞANLARINA UYGULANAN ŞİDDET VE SONUÇLARI

**Dr. Öğr. Gör. Mehmet Emin KURT**  
Dicle Üniversitesi, mekurt1@hotmail.com

**Mümtaz KORKUTAN**  
Fırat Üniversitesi, mumtaz\_korkutan21@hotmail.com

### Özet

Sağlıkta şiddet; tüm sağlık çalışanlarının ortak sorunu olarak her gün sıkça karşımıza çıkmaya devam etmektedir. Sağlık çalışanları içerisinde en sık şiddete maruz kalanların kadın sağlık çalışanları (hemşire ve doktorlar), en çok şiddet olayının olduğu birimlerin başında ise acil servisler gelmektedir. Yaşadığımız toplumda şiddetin türlerini içeren olaylar giderek yaygınlaşmaktadır. Toplumda yaygınlaşma eğilimi gösteren şiddet eylemleri çalışanların tükenmişliğine ve verimsizliğine neden olmaktadır. Gerek sağlık hizmetindeki hızlı değişimler gerekse de yasal uygulamalardaki eksiklikler şiddetin önlenmesi ve çalışan güvenliğinin sağlanması konusunda boşluklar meydana getirmektedir. Sağlıkta şiddetin engellenmesi için güvenli ortamın sağlanmasında çalışanların eğitimi, mevzuatların düzenlenmesi, yöneticilerin üzerine düşen görevler gibi çok yönlü konular olmakla birlikte yasal düzenlemelerin de gerekli olduğu açıktır. Hiç şüphesiz son yıllarda hizmet sunulanların sağlıktan aldıkları memnuniyet ile hizmeti sunanların hizmetleri sunar iken oluşan şiddet ortamından ötürü ifade etmiş oldukları memnuniyet oranları birbirine ters orantılı olarak ilerlemektedir.

Çalışmanın amacı genel anlamda sağlıkta şiddeti ve daha dar anlamı ile sağlık personeline uygulanan şiddetle ilgili konuları ele almak ve şiddet olgusunun oluşmasına kaynaklık eden faktörleri tartışmak amacıyla yapılmıştır. Çalışmanın temelini Türkiye ve dünyada genel anlamda sağlık personeline uygulanan şiddeti konu edinen çalışmalar oluşturmaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Şiddet, Sağlıkta Şiddet, Sağlık Kurumları, Sağlık Personeli

### THE VIOLENCE AND ITS RESULTS THAT HAVE BEEN APPLIED TO THE HEALTHCARE PERSONNEL IN OUR COUNTRY AND IN THE WORLD

#### Summary

As the common problem of all health workers continues in every single day constantly confront with the Violence in the field of health. Among the health workers, the most frequent victims of violence are women's health workers (nurses and doctors), at the head of the units which the most violence incidents happen are Emergency services. The incidents involving types of violence in the society that we live in are becoming increasingly widespread. Violence activities that tend to becoming widespread in society bring along the exhaustion and inefficiency of health employees. Either rapid changes in health care service or the shortcomings in legal practice have created gaps in the prevention of violence make provision against to safety of employees. It is quiet obvious that ensuring a safe environment for prevention of violence in the field of health are necessary legal arrangements as well as multidisciplinary issues such as training of health employees , regulation of legislation, duties managers share. Without a shadow of a doubt that are pleased with the satisfaction of the persons who are provided by health services and the satisfaction rates of the health workers who provide the services based on the violence environment in the services are moving along inversely proportional to each other.

The aim of the study was to address issues related to violence in health in general sense and violence in healthcare personnel in a more narrow sense and to discuss the factors that led to the occurrence of violence. In Turkey and in the world, in the general sense, on the violence applied to healthcare personnel the basis of the studies constitute.

**Key Words:** Violence, Violence in the field of health, Health Institutions, Healthcare Personnel.

## 1. Giriş

İnsanlık tarihiyle birlikte ortaya çıkan şiddet olgusu, birçok bireysel ve toplumsal öge ile birlikte karmaşık bir yapıyı ortaya koymaktadır. Bu nedenle şiddet olgusunu tanımlamak ve ortaya çıkarmak da kolay olmamaktadır. Kendini çok farklı biçimlerde gösterebilen şiddet olgusu, günümüzde gerek bireysel ve gerekse toplumsal boyutta sık sık karşılaşılabileceğimiz bir olgudur. Baskı, eziyet, korkutma, sindirme, öldürme, cezalandırma, başkaldırı, her toplumda derece derece fakat sürekli bir biçimde günlük yaşamda rastlanan şiddet türleridir. Sosyologlar şiddet olgusunu en iyi, toplumsal ilişkilerin dinamikleri içinde, bütüncül bir yaklaşımla ele alınabileceği savunulmaktadır. Çünkü çatışmalar daha çok birbirleriyle ilişki içinde olan bireyler ya da gruplar arasında olmaktadır. Bir toplumda hangi davranışların şiddet olarak kabul edildiği, o toplumun toplumsal yapı özelliklerine göre, diğer bir ifadeyle kültürel yapı ile geçerli olan değer yargıları ile yakından ilgilidir (**Kocacık, 2001: 88**).

Şiddet olgusu insanlık tarihi kadar eski bir geçmişe sahiptir. Şiddet karmaşık bir olgu olup bireysel ve toplumsal gibi birçok bileşene sahiptir. Günümüzde biyoloji, psikiyatri ve sosyoloji gibi çok farklı disiplinlerin her biri şiddeti ayrı ayrı değerlendirmektedir bu da şiddetin tek boyutlu olmadığını çok farklı boyutlara sahip olduğunu göstermektedir. Biyolojik yaklaşıma göre şiddetin temelinde hormonal ve kimyasal etkileşimler yatmaktadır. Psikiyatrik yaklaşım ise şiddetin temelinde bireyin zihinsel süreci, zeka düzeyi düşüklüğü, kişilik bozukluğu gibi kişilik özelliklerden kaynaklandığını ileri sürmektedir. (**Kızmaz 2006**).

Yıllardır aile içinde, sokakta yaşayanlarda, ceza ve tutukevlerinde varlığı bilinen ve çözümler aranan şiddet olgusu son yıllarda okul, hastane, kamu kuruluşları gibi alanlara da sıçrayarak toplum huzurunu tehdit etmekte ve stres yaratmaktadır (**Atan ve Dönmez, 2011**). İnsanlık tarihi boyunca var olduğunu söyleyebileceğimiz şiddet kavramı, dar anlamıyla yalnızca fiziksel şiddeti içerir. Genel anlamda şiddet; “aşırı duygu durumunu, bir olgunun yoğunluğunu, sertliğini, kaba ve sert davranışı, beden gücünün kötüye kullanılmasını, bireye ve topluma zarar veren etkinlikleri” kapsar (**Köknel, 2006**).

Sağlık kurumunda şiddet; hasta, hasta yakınları ya da diğer bireylerden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan sözel ya da davranışsal tehdit, fiziksel saldırı veya cinsel saldırı olarak tanımlanmaktadır. Sağlık kurumlarında şiddet türleri içinde en fazla karşılaşılan şiddet türünün sözel şiddet olduğu bildirilmiştir (Kahrıman, 2014: 77)

Sağlık hizmetleri, toplumla çok yakın iletişim içinde yürütülen özel bir çalışma alanını oluştururken, sağlık çalışanları, hastalık, yaşlanma ya da diğer nedenlerle kendi kendine bakma gücünü yitiren, genellikle sıkıntı içinde olan ve bakıma gereksinim duyan kişilere, her yaş grubu ve cinsiyetteki bireylere hizmet vermektedir (**Cooper ve Swanson, 2002**). Şiddet, son yıllarda birçok sektörde olduğu gibi sağlık kurumları ve hastanelerde de toplum huzurunu tehdit eden önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Bu durum hastanelerde hizmet veren hekim, hemşire ve diğer sağlık personelinin yanı sıra hasta ve hasta yakınları için de ciddi bir sorun oluşturmaktadır (**Eker ve ark., 2011**).

Sağlık sektöründe sağlık çalışanlarına yönelik şiddet son yıllarda artış göstermektedir. Sağlık kurumunda çalışmak diğer iş yerlerine göre şiddete uğrama yönünden daha risklidir. Sözel şiddetin sıklığı fiziksel şiddetten daha fazladır (Atan ve Dönmez, 2011). Değişik çalışmalarda, sağlık kurumlarında çalışmanın, diğer iş yerlerine göre şiddete uğrama yönünden 16 kat daha riskli olduğu belirtilmiştir (Elliott, 1997). Şiddetle karşılaşmanın, hekimler kadar diğer sağlık personeli ve hatta hastalar için de ciddi bir sorun olabileceği, hasta ya da yakınlarının değişik nedenlerden kaynaklanan gecikmeleri kabullenemeyip saldırganlaşma eğilimi gösterebileceği belirtilmektedir (Ayrancı ve ark., 2002).

## 2. Yöntem

Çalışmamız farklı makale ve kaynaklardan istifade edilerek şiddetin dünya ve ülkemiz ölçeğinde ki tüm boyutlarını ortaya çıkarmak ve sağlık sektöründeki şiddetin nedenlerini ve çözüm önerilerini ortaya koyarak literatüre katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

## 3. Bulgular

### 3.1. Sağlık Kurumlarında Şiddet

Sağlık kurumlarındaki şiddet, “hasta, hasta yakınları ya da diğer bireyler tarafından uygulanan, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, ekonomik istismar, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum” olarak tanımlanmaktadır (Saines, 1999).

Şiddet eylemleri, toplumun her noktasında ve iş ortamlarında yaygın görülmekte ve iş yaşamını tehdit eden bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır (Yiğitbaş ve Deveci, 2011). Çok geniş bir çalışan grubunun (hekim, hemşire, eczacı, sağlık teknikerleri, hastabakıcı vb.) görev yaptığı sağlık kurumları, şiddetin en çok görüldüğü iş alanlarından biridir (Wells ve Bowers, 2002). Sağlık sektöründe yaşanan şiddet olaylarının artış göstermesiyle birlikte, sağlık çalışanları da meydana gelen bu şiddet olaylarının en önemli hedefi ve mağduru konumuna gelmiştir. Araştırmalar, sağlık personelinin özellikle hemşirelerin iş ortamlarında sıklıkla şiddetle karşılaştıklarını göstermektedir (Coombes, 1998; Dalphond ve ark., 2000; Rippon, 2000; Uzun ve ark., 2001; Jackson ve ark., 2002). Hastane ortamlarında alınan güvenlik önlemlerinin yetersizliği, yasal düzenlemelerdeki boşluklar ve her geçen gün görsel ve yazılı medya yardımı ile gün yüzüne çıkan şiddet olguları, sağlık çalışanlarının kendilerini güvende hissetmemelerine neden olmaktadır (Yiğitbaş ve Deveci, 2011).

Araştırmacılar şiddetin, toplumda ve iş yerlerinde yaygın bir halk sağlığı sorunu ve mesleki tehlike olduğunu, iş yeri şiddetinin ve saldırganlığının, günümüzde gittikçe artan bir önem kazandığını belirtmişlerdir. Yine, alınan tüm önlemlere ve önerilere rağmen, yıllardır sağlık alanında çalışan sağlık çalışanlarına karşı şiddetin gittikçe arttığını ve sağlık personelinin şiddet yönünden risk altında olduğunu vurgulamışlardır (Ayrancı ve ark., 2002).

Sağlık kurumlarında, 24 saat kesintisiz hizmet verilmesi, stresli aile üyelerinin varlığı, hastaların uzun süre beklemesi ve bakım hizmetlerinden yeterince yararlanamaması gibi şiddet riskini arttıran değişik faktörler bulunmaktadır. Ayrıca işlerin yoğun fakat personel sayısının az olması, aşırı kalabalık ortamda çalışma, tek başına çalışma, şiddetle baş etme konusunda çalışanın eğitim yetersizliği ve yeterli sayıda güvenlik elemanının olmaması gibi bir takım faktörler de şiddet riskini arttıran unsurlar arasında sayılabilir (Çamcı ve Kutlu, 2011).

Sağlık bakım profesyonellerine yönelik şiddetin; ziyaretçiler, çalışma arkadaşları, hastalar ve hasta yakınlarını içeren çok çeşitli kaynakları vardır. Özellikle hasta yakınlarının bir an önce kendileriyle ilgilenilmesini istemesi, kendi hastalarının daha acil olduğunu düşünmeleri gibi etkenler şiddet için risk faktörünü oluşturmaktadır. Ayrıca bekleme odalarının düzensiz ve kalabalık olması, hasta ve hasta yakınlarının işlerin düzenli yürümediği veya içeri almada adil davranılmadığı hakkındaki şüphelerinin olması, sağlık çalışanlarının güvenlik ile ilgili işlerle ilgilenmesi risk faktörleri olarak karşımıza çıkmaktadır (Aktuğlu ve Hancı, 1999).

Renkli kodların çalışanlar tarafından kabul görmesi ve uygulanmasını sağlamak için belirlenen renk kodlarıyla ilgili eğitimler verilmeli, hastaneyle ilgisi bulunan herkesin haberdar olması sağlanmalı ve ortak bir dil oluşturulmalıdır. Türkiye’de Hizmet Kalite Standartları kapsamında 2008 yılında mavi kod, 2009 yılında pembe kod, 2011 yılı Temmuz ayında ise beyaz kod sisteminin uygulanmaya başlaması ile 3 farklı renkli kod uygulaması başlatılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2013).

Konumuz ile alakalı olarak oluşturulan **Beyaz kod**; hastanelerde çalışanlara yönelik şiddeti önlemeyi amaçlayan acil durum yönetim aracıdır. Kod sisteminin iyi çalışmasında, sistemle ilgili sağlık çalışanlarına eğitimler verilmesi ve kodlara yönelik olarak düzenli tatbikatların yapılması son derece önemlidir. Ayrıca sistemin etkinliği açısından şiddet olayına maruz kalan çalışanlara gerekli desteklerin sağlanması ve gerçekleşen olayların tekrar etmemesi için gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetlerin yapılması gerekmektedir.

### 3.2. Dünyada ve Ülkemizde Sağlıkta Şiddetin Sıklığı ve Özellikleri

Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddete ilişkin yurt dışı ve yurt içinde birçok çalışma yapılmıştır. Çalışmalardan elde edilen bulguların ortak noktası, sağlık alanında ortaya çıkan şiddetin diğer işyerlerine göre oldukça fazla olması ve daha az kayda alınmasıdır. İşyerlerinde şiddete uğrama durumunun bildirilmesinde eksiklikler ve engeller olduğu için gerçek sıklığın bilinmediği, yalnızca bildirilen olgularla sınırlı kaldığı belirtilmektedir (Annagür, 2010). Araştırmalar hastalar kadar hasta yakınlarının da sağlık çalışanlarına şiddet uyguladığını göstermekte (Dalphond ve ark., 2000; Ayrancı ve ark., 2006) ve sözel şiddetin fiziksel şiddetten daha sık olduğu belirtilmektedir (Ayrancı ve ark., 2006).

Avustralya’da yapılan bir çalışmada, sağlık profesyonellerinin %72’sinin, hemşirelerin ve pratisyen hekimlerin %62’sinin işyerinde şiddeti yaşadığı belirlenmiştir. 12 ay boyunca hemşirelerin

%68'i, sağlık hizmeti sunanların %47'si, pratisyen hekimlerin %48'i şiddeti rapor etmiştir. Bu üç profesyonel meslek grubu da en çok hastalar tarafından, daha az oranda ise hasta yakınları tarafından şiddete maruz kalmıştır. Şiddet türü olarak büyük çoğunluğu sözel şiddetten söz etmiş, sözel şiddeti fiziksel şiddet, tehditkar davranışlar izlemiştir (Alexander ve ark., 2004).

Kanada'da yürütülen bir çalışmada, acil servislerde şiddete uğrama oranlarının oldukça yüksek olduğu saptanmıştır (Fernandes ve ark., 1999). Bu çalışmada, herhangi bir zamanda şiddete uğrama sıklığının %60, sözel istismarın %76, fiziksel tehdit veya saldırının %86 olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada, katılımcıların %73'ünün şiddete uğramalarından dolayı hastalardan korktukları, %49'unun hastalar tarafından tanındığı ve %74'ünün iş doyumunun azaldığı belirtilmiştir. Ayrıca şiddete maruz kalanların %67'si uğradığı şiddeti rapor etmiş, bir kısmının da iş değişikliği yapılmasını istediği görülmüştür. İngiltere'de yapılan bir çalışmada ise hastane çalışanlarında şiddete maruz kalanların çoğunluğunun kadın olduğu, %23'ünün hastalar tarafından davranışsal tehdit aldığı, %15,5'inin hasta yakınları tarafından davranışsal tehdit aldığı ve fiziksel saldırı oranının %20 olduğu belirtilmiştir (Whittington, 2004).

Adana'da yapılan diğer bir çalışmada ise hemşirelerin %68,5'inin çalışma saatleri içerisinde sözel tacize, %47,8'inin sözel korkutmaya, %10,5'inin sözel cinsel tacize ve %16'sının fiziksel saldırıya uğradıkları ortaya konmuştur. Bu çalışmada, sözel taciz ve sözel korkutmalar en çok hasta sahibi ve refakatçiler tarafından yapılmakta (%64 ve %66,9), bunu hastanın kendisi ve doktorlar izlemekte, sözel cinsel taciz (%41,9) ve fiziksel saldırı (%48,8) ise en çok hastanın kendisi tarafından yapılmaktadır (Öztunç, 2001).

Yapılan bir başka çalışmada, sağlık personelinin son bir yıl içinde %49,5 oranında en az bir kez şiddetten etkilendiği belirlenmiştir. Sağlık personelinin %48,3'ünün 1-5 kez arasında sözel ve fiziksel şiddetten etkilendiği, sözel şiddetin %72,4, fiziksel şiddetin %11,7 sıklığında görüldüğü, cinsel şiddet oranının çok düşük olduğu (%0,025), silah, bıçak veya kesici delici aletlerin %0,3 oranında kullanıldığı belirtilmiştir. Çalışmada değinilen bir başka nokta da çalışanın şiddete uğrama sırasında genellikle yardım alamaması olmuştur. Şiddete maruz kalan çalışanların yarısından fazlası, olay sonrasında yüksek oranlarda anksiyete ve huzursuzluk hissettiklerini belirtmişlerdir (Ayrancı ve ark., 2006). Gökçe ve Dündar (2008) tarafından Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde sağlık çalışanlarına yönelik yapılan çalışmada da son bir yıl içerisinde hemşirelerin şiddetten etkilenme oranı %90 olarak saptanmış ve çalışmaya katılanların %59,4'ünün sözel, %26,5'inin sözel ve fiziksel şiddetten etkilendiği belirtilmiştir.

Türkiye'de çok merkezli olarak 2006 yılında yapılan çalışmada, son bir yıl içinde en az bir kez şiddete maruz kalma oranı %49,5 olarak belirtilmiştir. Olguların %48,3'ünün 1-5 kez arasında şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır. Çalışanın yaş ortalaması ve deneyim süresi ile şiddete uğrama sıklığında anlamlı bir farklılık bulunamamış, kadınlarda şiddete uğrama sıklığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Ayrancı ve ark., 2006).

Bolu'da yapılmış bir çalışmada, uzman doktor, hemşire ve diğer çalışanlardan oluşan grubun %87,1'inin şiddet davranışına maruz kaldığı, sözel şiddetin %46,9, saldırgan davranışın %33,5, fiziksel saldırının %19,4 olduğu gösterilmiştir. Şiddet gösteren kişilerin daha çok 21-30 yaşları arasında ve eğitim düzeylerinin düşük olduğu, şiddetin en sık olarak hasta yakınları tarafından, ikinci sıklıkta ise hasta ile birlikte hasta yakını tarafından, daha az oranda hasta tarafından yapıldığı belirtilmiştir (Erkol ve ark., 2007).

Adana'da acil servislerde yapılan bir çalışmada, katılımcıların %100'ü her nöbetlerinde en az bir kez sözel şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. Bir aylık sürede saldırgan davranışın %53,2, fiziksel şiddetin ise %38,5 olduğu gösterilmiştir. Şiddet gösteren kişilerin genellikle 15-30 yaş arası gençlerde fazla olduğu, alkol ve madde kullanan kişilerin daha fazla şiddet eğiliminde bulunduğu değinilmiştir (Gülalp ve ark., 2009).

Suç oranı yüksek, uyuşturucu kullanımının ileri düzeyde olduğu, yoksulluğun fazla olduğu bölgelerde hizmet verenlerin daha yüksek risk altında kaldıkları belirtilmektedir. Saldırgan davranışlara ait daha önceki kayıtlar, uyuşturucu ya da alkol istismarı, akıl hastalığı, baş etme becerileri ve sosyal destek kaynaklarında yetersizlik gibi hastaya ait özellikler de şiddet olaylarının yaşanması açısından etkili olabilmektedir (Cooper ve Swanson, 2002). Genç, küçük fiziksel yapıya sahip, anksiyeteli görünümü olan kadınların şiddete daha fazla maruz kaldığı belirtilmektedir (Annagür, 2010). Çoğu çalışmada çalışanların deneyimleri de ele alınmış ve bazı çalışmalarda 5-10 yıl

arası çalışanlarda şiddet riski daha yüksek çıkarken (Ayrancı ve ark., 2006), bazı çalışmalarda ilk 5 yılda şiddete uğrama riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Annagür, 2010).

Sağlık personeline uygulanan şiddetin artış göstermesinde, uygulanan sağlık sistemiyle alakalı etmenler, sosyal, siyasi, ekonomik süreçlerin yansira şiddet uygulayıcının psikolojik, ekonomik ve ruhsal ihtiyaçlarının da şiddet olgusunda önemli olduğu belirtilmektedir (Gökalp, 2013).

Sağlık çalışanın yönelik şiddetin yasalarca gerekli yaptırıma sahip olunmaması, verilen sağlık hizmetinin ve bu sağlık hizmetini verirken kullanılan teknolojinin toplumun beklentilerini karşılayamaması, şiddet olaylarının önüne geçme konusunda üretilen politikaların yetersiz olması da sağlık personeline uygulanan şiddeti artıran diğer önemli etkenler arasında sayılabilir (Ünlüsoy, 2010).

Sağlık işyeri ortamında şiddetin nedenlerini anlamak üç sebepten dolayı oldukça zordur. Birincisi, sağlık çalışanları karmaşık bir örgütsel yapı içerisinde istihdam edilmiş ve sorumlulukları gereği çok farklı görevlerde bulunarak çalışırlar. İkincisi, sağlık işyerindeki şiddet hasta/hasta yakınlarından gelen şiddet, çalışanlar arası şiddet ve dış saldırganlardan gelen şiddet olabilmektedir. Üçüncüsü, sağlık işyerinde şiddet çeşitli biçimlerde baş göstermektedir. Bu biçimlerin kimisi kasıtlı olarak kimisi kasıtsız olarak kimisi fiziksel ya da sözel veyahut duygusal olabilmektedir (Yıldırım ve ark., 2011).

Sağlık çalışanlarının iş yükünün fazla olması özellikle eğitim hastanelerinde yoğun geçen nöbetlerin ertesinde çalışmaya devam etmeleri bunun sonucu olarak hastalarına gereken zamanı ayırmamalarını gereken ilgiyi göstermelerini engelleyerek tıbbi müdahalelerde hatalara yol açarak şiddeti beslemektedir (Aydın, 2008).

#### 4. Sonuç ve Öneriler

Gerek Türkiye’de gerek dünya genelinde sağlık çalışanlarına hasta ve hasta yakınları tarafından uygulanan şiddet sağlık çalışanın yaşamını tehdit eder boyuta ulaşmıştır. Şiddeti kayıt altına alacak herhangi bir sistem geliştirilmemiştir. Şiddeti rapor edenlerin sayısı oldukça düşüktür. Ancak şiddete yönelik eğitim alanların şiddeti rapor etme sayısı artmaktadır.

Pek çok araştırma sonuçlarına göre şiddete uğrayan sağlık çalışanları birden fazla şiddet türüne maruz kaldıklarını bildirmektedirler. Şiddeti uygulayan cinsiyet açısından bakıldığında bunu en çok erkekler tarafından uygulandığı, şiddetin hastanın kendisi tarafından sözel tehdit veya saldırganlık şeklinde meydana geldiği kaydedilmiştir.

Şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının çoğunluğu şiddet olayının sonucunda herhangi bir işlem gerektirmediğini ifade ederken, bazı çalışanlarda kendini savunarak karşılık verdiklerini ifade etmişlerdir. Ancak bu tür davranışların şiddet olayının türünün değişmesine ve daha ciddi sonuçlara yol açmasına neden olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle şiddet olayının çözümünde taraflardan ziyade önleyici tedbirler başta olmak üzere daha farklı yöntemlerin geliştirilmesinin daha uygun olacağı düşünülmektedir. Şiddetin önlenmesi ile ilgili yapılan çalışmalarda (Ayrancı ve ark., 2002) ise, etkili sağlık kurumu yönetimi ve şiddet konusunu ele alan korunma ve önleme çalışmalarının yapılması, riskli durumun önceden farkına varma ya da başa çıkma gibi sağlık personelinin şiddet konusunda eğitilmesi ile şiddet riskinin azaltılması mümkün olabilmektedir.

Araştırma sonuçlarına göre şiddet olayının büyük oranda muayene odasında ve muayenenin yapıldığı veya hasta kabul işleminin gerçekleştiği anda ve şiddet gören kişinin o esnada tedavi yapmakta veya hastayla konuşmakta olduğu görülmektedir. Sağlık çalışanları ile hasta ve hasta yakınları arasındaki şiddetin öncelikli kaynağının kötü iletişim ve yanlış anlama olduğu (Yıldırım ve ark., 2011) düşünüldüğünde, bu çalışmada da şiddetin oluşmasında iletişim sürecinin etkili olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet olaylarının daha da aşağılara çekilebilmesi için; saldırgan davranışla baş etme konularında sağlık bakım personeline gerekli eğitimin verilmesi, bekleme salonlarındaki kalabalığın daha da azaltılması için randevu saatlerinin tam olarak ayarlanması, hasta odalarının ve koridorların çevresel anlamda daha iyi düzenlenmiş olması, yasa koyucuların olması, güvenlik personeli sayısının artırılması, odalarda saldırı anında haber verecek bir alarm sisteminin olması, güvenli kapılar ve güvenlik kameralarının olması gereklidir. Ayrıca, sağlık kuruluşlarında şiddet olaylarının kayıtları tutulup, rapor haline dönüştürülmelidir. Böyle bir uygulamayla aynı zamanda yasal prosedürler de yerine getirilmiş olup biraz da olsa şiddetin veya saldırganlığın önüne geçilmiş olacaktır.

Gerek sağlık hizmetindeki hızlı değişimler gerek yasal uygulamalardaki eksiklikler şiddetin önlenmesinde ve çalışan güvenliği sağlama konusunda boşluklar bırakmaktadır. Bu boşlukları gidermek amacıyla son dönemlerde Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından uygulanmaya başlayan renkli kod sistemine geçiş (beyaz kod) ile birlikte sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet olaylarının daha da azalacağı düşünülmektedir. Buna istinaden yöneticilerin üzerine düşeni yapması ve ilgili yasal düzenlemelerin yapılması da şiddetin veya saldırganlığın azaltılması için gereklidir.

Sağlıklı ve güvenli bir iş yerinde çalışmak herkesin hakkı olduğu gibi yöneticiler bu hakkı sağlama noktasında üzerine düşenleri yapmaları gerekmektedir. Ancak acil sağlık personeli güvenliğini tehlikeye satabilecek saldırgan tiplerle karşılaşma riski oldukça yüksektir. Genel olarak sağlık işyerlerinin güvenliğine yönelik olarak yasal düzenlemeler yapılmalı her hastane kendi güvenlik sistemini oluşturmali.

Ayrıca acil servis personeli saldırılara karşı eğitilmeli saldırı olmadan önce saldırıyı sezebilmeli gereken davranışı sergileyerek saldırıyı önleyebilmeli. Bu yazının amacı da sağlıkta şiddet konusuna dikkat çekmek bu alanda gerekli tüm yasal düzenlemelerin yapılmasına, personelin eğitilmesine, teknik desteğin sağlanmasına yönelik bu konuyu tartışmaya açmak olmalıdır.

İş yerindeki şiddeti önlemek veya azaltmak için şiddet riskinin yüksek olduğu meslek gruplarının ve çalışma ortamlarının belirlenmesi amacıyla daha fazla araştırma yapılması gereklidir (Kahrman 2014). Doktorlara yönelik şiddetin çok eskiden var olmakla beraber son zamanlarda daha da artış göstermiş olması ve medyada yer bulması hükümetin politika üretmesi ve değişen sağlık politikalarının şiddet olaylarına ne derecede etki ettiği araştırılması gerekmektedir. Doktor, hasta ve hasta yakınlarıyla yapılacak görüşmelerin şiddetin ortaya çıkmasını etkileyen faktörleri anlamak açısından kayda değer bir anlamı olacaktır (Pinar 2013). Şiddetin önlenmesi için ele alınması gereken hususlar ise; Saldırganın sakinleştirilmesi, acil servis personeli ve hastaların korunması, şiddete maruz kalanların güçlendirilmesi, sağlık işyerlerinin güvenliğinin sağlanması şeklinde ele alınabilir.

#### Kaynakça

- Aktuğlu, K., Hancı, H. (1999) “**Acil Serviste Şiddet Tehdidi. Hekimin Yasal Sorumluluk ve Hakları (Tıp ve Sağlık Hukuku)**” Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Toprak Ofset, İzmir.
- Alexander, C., Fraser, J., Hoeth, R. (2004). “**Occupational violence in an Australian healthcare setting: Implications for managers.**” J Healthcare Manag, 49, 377-13.
- Annagür B. (2010) “**Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi Ve Önlenmesi**” Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2010; 2:161-73.
- Atan Ş. ve Dönmez S. (2011) “**Hemşirelere Karşı İşyeri Şiddeti**” Adli Tıp Dergisi 2011; 25: 1, Ankara.
- Aydın, M. (2008). “**Türk Tabipleri Birliği, Isparta – Burdur Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Ve Şiddet Algısı.**”
- Ayrancı, Ü., Yenilmez, Ç., Günay, Y., Kaptanoğlu, C. (2002) “**Çeşitli Sağlık Kurumlarında ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı**” Anadolu Psikiyatri Dergisi, (3), ss. 147-154.
- Cooper, C.L., Swanson, N. (2002) “**Workplace Violence İn The Health Sector**” State of the art. ILO.
- Coombes, R. (1998) “**Violence: The Facts**” Nursing Times 94: 43, 12-13.
- Çamcı, O., Kutlu, Y. (2011) “**Kocaeli’nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi**” Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2(1): ss. 9-16
- Dalphond, D., Gessner, M., Giblin, E., Hijazzi, K., Love, C. (2000). Violence against emergency nurses. Journal of Emergency Nursing, 26:2, 210-215.
- Elliott, P.P. (1997) “**Violence İn Health Care. What Nurse Managers Need To Know**” Nurs Manage; 28(12), ss. 3841.
- Erkol, H., Gökdoğan, M.R., Erkol, Z., Boz, B. (2007). Aggression and violence towards healthcare providers- a problem in Turkey? J Forensic Leg Med, 14: 423-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jflm.2007.03.004>
- Eker, H.H., Topcu, İ., Şahinöz, S., Özder, A., Aydın, H. (2011) “**Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesindeki Şiddet Sıklığı**” Bidder Tıp Bilimleri Dergisi, 3:3, 16-22.

- Fernandes, C., Bouthillette, F., Raboud, J.M., Bullock, L., Moore, C., Christenson, J.M., et al. (1999). **“Violence in the emergency department: a survey of healthcare workers”** CMAJ, 16: 161-170.
- Gökalp P. (2013) **“Hekime Şiddet Nereden Çıktı. Şiddet Ve Nefrete Psikanalitik Yaklaşım”** İstanbul Psikanaliz Derneği. Erişim. 28.04.2017
- Gökçe, T., DüNDAR, C. (2008). **“Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerde şiddete maruziyet sıklığı ve kaygı düzeylerine etkisi”** İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 15: 25-8
- Gülalp, B., Karcıoğlu, O., Köseoğlu, Z., Sarı, A. (2009). **“Dangers faced by emergency staff: experience in urban centers in southern Turkey”** Ulus Travma Acil Cerrahi Derg, 15(3): 239-242.
- Jackson, D., Clare, J., Mannix, J. (2002). **“Who would want to be a nurse?”** Violence in the workplace-a factor in recruitment and retention. J Nurs Manag, 10:1, 13-20. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.0966-0429.2001.00262.x/epdf> (Erişim:25.04.2017).
- Kahriman İ. (2014) **“Hemşirelerin Sözel Ve Fiziksel Şiddete Maruz Kalma Durumlarının Belirlenmesi”** Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, S: 77-83
- Kocacık F. (2001) **“Şiddet Olgusu Üzerine”** C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt 2, Sayı 1 Sivas.
- Kızmaz Z. (2006) **“Şiddetin Sosyo-Kültürel Kaynakları Üzerine Sosyolojik Bir Yaklaşım”** Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2006;16: 247-67, Elazığ.
- Köknel Ö. (2006) **“Bireysel ve Toplumsal Şiddet”** 5. Baskı, İstanbul: Altın Yayınları.
- Öztunç, G. (2001). **“Adana ilindeki çeşitli hastanelerde çalışan hemşirelerin çalışma saatlerinde karşılaştıkları sözel ve fiziksel taciz olaylarının incelenmesi”** C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5:1, 1-9.
- Pınar, T., Pınar, G. (2013) **“Sağlık Çalışanları ve İşyerinde Şiddet [Healthcare Workers and Workplace Violence]”** TAF Preventive Medicine Bulletin,12:3, 315-326. <http://www.scopemed.org/fulltextpdf.php?mno=37713>(Erişim31.04.2017).
- Rippon, T.J. (2000). **“Aggression and violence in healthcare professions.”** J Adv Nurs, 31: 452-60. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01284.x>
- Sağlık Bakanlığı. (2013) **“Sağlıkta Ulusal Renkli Kodlara (URK) İlişkin Yeni Düzenleme”**[http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular\\_2011/2011/07\\_aralik\\_2011/0912kalite.pdf](http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/07_aralik_2011/0912kalite.pdf)(erişim tarihi: 20.04.2017).
- Saines, J.C. (1999). **“Violence and aggression in A & E recommendations for action. Accident & Emergency Nursing, 7: 8-12.** [http://dx.doi.org/10.1016/S0965-2302\(99\)80094-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0965-2302(99)80094-0)
- Uzun, Ö., Bağ, B., Özer, N. (2001). **“İş ortamındaki sözel saldırının hemşireler üzerindeki etkileri”** Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4: 41-7.
- Ünlüsoy Dinç N. (2010) **“Hemşirelerin İşyeri Şiddetine Maruz Kalma Durumları İle İş Doyumları Ve İşten Ayrılma Eğilimleri.”** Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi Ankara.
- Yıldırım, H. H., Kalem, M., Seyran, F., Demiray, F. N. (2011) **“Sağlık İşyeri Ortamında Şiddet: Halkın Şiddet Algısı ve Değerlendirmeleri Ön Bulgular Raporu”** Ankara.
- Yiğitbaş, Ç., Deveci, S.E. (2011). **“Sağlık Çalışanlarına Yönelik Mobbing”** TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 42: 23-28.
- Wells, J., Bowers, L. (2002). **“How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK?”** J Adv Nurs, 39, 230-40. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02269.x>
- Whittington, R., Wykes, T. (1996). **“A versive stimulation by staffand violence by psychiatric patients”** Br J Clin Psychol, 35, 11-20. <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8260.1996.tb01158.x>

## KIRŞEHİR'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN MEVCUT DURUMU

**Prof. Dr. Musa ÖZATA**

Ahi Evran Üniversitesi, musaozata@gmail.com

**Mustafa ALTINTAŞ**

Ahi Evran Üniversitesi, mustafaltintas40@hotmail.com

**Özet**

Bu çalışmanın amacı Kırşehir'deki sağlık hizmetlerinin mevcut durumunun ortaya konulması ve sağlık göstergelerinin Türkiye geneli ile karşılaştırılmasıdır. Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışmada kullanılan veriler, Kırşehir İl Sağlık Müdürlüğü'nden temin edilmiş olup, 2017 yılı rakamlarını içermektedir. Kırşehir'de 1 eğitim-araştırma, 1 ilçe devlet hastanesi, 2 adet entegre ilçe devlet hastanesi ve 1 adet özel hastane faaliyet göstermektedir. İlde toplam tescilli yatak sayısı 492, nitelikli yatak sayısı 465 olup yatak doluluk oranı % 62 olarak gerçekleşmiştir. Bu kurumlarda 191 uzman hekim, 151 pratisyen hekim, 49 diş hekimi, 683 hemşire-ebe görev yapmaktadır. Kırşehir'de yıllık kişi başı sağlık hizmetleri kullanım ortalamasının 9 olduğu görülmektedir. Türkiye ortalamasının 8,2 ve OECD ülkeleri ortalamasının 6,7 olduğu göz önüne alındığında Kırşehir'de sağlık hizmeti kullanım ortalamasının yüksek olduğu ortaya çıkmaktadır. Çalışmada elde edilen sonuçlara göre; sağlık hizmetlerine ulaşım, sağlık personeli sayısı, verilen hizmet miktarı ve temel sağlık göstergeleri bakımından Kırşehir'deki sağlık hizmetlerinin Türkiye ortalamasından daha iyi durumda olduğu görülmektedir. Ancak nitelikli hizmetler açısından (Örneğin KVC, Psikiyatri, Travmalar, Nöroloji vb) Ankara ve Kayseri gibi büyük şehirlere bağımlılık hala devam etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Hizmetleri, Kırşehir, Sağlık Hizmetleri Göstergeleri**Summary**

This study aims to reveal the current status of health services in Turkey is compared in Kırşehir and health indicators in general. The data used in this descriptive study was obtained from the Kırşehir Provincial Health Directorate and contains figures for the year 2017. There are 1 education-research, 1 county state hospital, 2 integrated county state hospital and 1 private hospital in Kırşehir. The total number of registered beds was 492, the number of qualified beds was 465, and the bed occupancy rate was 62%. There are 191 specialist physicians, 151 general practitioners, 49 dentists, 683 nurses and midwives in these institutions. It is seen that in Kırşehir the average use of health services per person per year is 9. Turkey's average of 8.2 and OECD average of 6.7 Given that it appears that health services utilization is high Kırşehir average. According to the results obtained in the study; access to health services, the number of medical staff, given Turkey the amount of services and basic health indicators in terms of health services in Kırşehir appears to be in better condition than average. However, in terms of qualified services (eg KVC, Psychiatry, Trauma, Neurology etc.), dependence on major cities such as Ankara and Kayseri still continues.

**Key Words:** Health Services, Kırşehir, Health Services Indicators**1. Giriş**

"Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil; bedence, tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal refah durumudur." (www.who.int, 2018). Sağlığın tanımı Dünya Sağlık Örgütü'ne göre bu şekilde yapılmıştır. Fiziksel olan durum sağlığın herkesçe bilinen tarafı olmasına karşın, sosyal anlamda refah durumu olması açısından bu kavram kişinin yaşam koşulları, huzuru gibi durumlarda da tam bir iyilik halinden bahsedilmektedir (Memişoğlu, 2011: 42).

Sağlık hizmetleri, sadece hasta bireylerin tedavi edilmesi olmayıp, aynı zamanda bireylerin ve toplumun sağlığını olumsuz etkileyen tüm faktörlerin ortadan kaldırılması yoluyla, tam anlamıyla iyileşmeyen hasta bireylerin sağlıklı bir şekilde yaşamaları için rehabilite edilmeleri ve içinde buldukları toplumun sağlık düzeylerini ileriye taşımak amacıyla planlı bir şekilde yapılan çalışmalar bütünü olarak ifade edilmektedir (Ural, 2017: 1).



Bireylerin ve içinde yaşadıkların toplumun sağlıklı olabilmesi için ihtiyaç duyulan tüm faaliyetler sağlık hizmetlerinin kapsamına girmektedir. Sağlık hizmetlerinin üretimi ise bir yatırım süreci ile başlamaktadır. Sağlık hizmetlerinin üretimi olduğu gibi tüketimi de vardır. Bu tüketim, bireyin sağlığında olumsuzluklar yaşanması durumunda sağlığını tekrar eski haline getirmek için tanı, tedavi, iyileştirme olanakları sunan sağlık kuruluşlarına giderek sağlığı konusunda yardım almasıdır. Sağlık hizmetleri, bireyin veya toplumun bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan bir bütün olarak iyi olma halini ortaya koyabilmesi için yapılan her türlü hizmet olarak tanımlanmaktadır (Çoban, 2009: 11).

Sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran bir çok farklı ve çok önemli özellikleri vardır. Sağlık hizmetleri toplumda bireylerin niteliklerinin geliştirilmesi açısından temel hizmet özelliğine sahiptir. Sağlık hizmetleri, kişilerin sağlıklı olmasını temin etmek ve bunları koruyup geliştirmek yoluyla toplumu sağlıklı kılmayı amaç edinmiştir. Sağlık hizmetlerinin taşıdığı özellikler insana ait özelliklerin değeri olarak da ifade edilmektedir (Coşkun, 2014: 122).

Temel Sağlık Hizmetleri kavramı ise Dünya Sağlık Örgütü tarafından Almaty'da düzenlenen konferansta; "Bir toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul görecektir şekilde ve onların tam katılımı sağlanarak, devlet ve toplumca karşılanabilir bir bedel karşılığında verilen temel sağlık hizmetleridir." şeklinde tanımlanmıştır (Kol, 2014: 38). Bu tanımda sağlık hizmetlerinin temelini oluşturan faktör olan temel sağlık hizmetleri kavramı toplumun önemli bir parçasını oluşturmaktadır.

## 2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Literatürde sağlık hizmetleri; koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici hizmetler ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri şeklinde sınıflandırılmaktadır (Tatar, 2013: 13);

**Koruyucu Sağlık Hizmetleri;** kişilerin sağlık durumlarının bozulmasının engellenmesi, hastalanmaktan, yaralanmaktan ve sakat kalmaktan korunması amacıyla verilen koruyucu hizmetleri içermektedir. Kişiye ve çevreye yönelik hizmetler olarak iki grupta toplanmaktadır. Bu tür hizmetler genel olarak toplum sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezleri ve dispanserler tarafından sunulmaktadır. Hastalıkların erken evrede teşhisi ve tedavisinin sağlanması, sağlık eğitimi verilmesi, ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin sunulması, aile planlaması hizmetlerinin verilmesi, aşılama, bağışıklama, beslenme koşullarının iyileştirilmesi, atıkların kontrolü, iş sağlığı ve güvenliği, çevre kirliliğinin önlenmesi, temiz su sağlanması gibi hizmetler bu kapsamda değerlendirilmektedir.

**Tedavi Edici Hizmetler;** kişilerin sağlık durumlarında meydana gelen bozulmalara bağlı olarak ortaya çıkan hastalık ve sakatlık halinin iyileştirilmesi ve hastalık etmenlerinin yok edilmesi amacıyla verilen hizmetleri kapsamaktadır. Bu hizmetler üç basamakta sunulmaktadır. Birinci basamak hizmetler; aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, dispanserler ve sağlık merkezlerinde sunulan ayaktan sağlık hizmetlerini içermektedir. İkinci basamak sağlık hizmetleri; birinci basamakta teşhis ve tedavisi mümkün olmayan hastaların ayaktan ya da yatırılarak tedavi edildiği ve genellikle hastaneler tarafından sunulan sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Üçüncü basamak hizmetler ise farklı uzmanlık seviyelerine sahip personelin ve ileri düzey teknolojilerin olduğu (üniversite hastanesi, eğitim araştırma hastanesi gibi) hastanelerde sunulan sağlık hizmetlerini kapsamaktadır.

**Rehabilite Edici Hizmetler;** bireylerin doğuştan ya da sonradan çeşitli nedenlerle kaybettiği bedensel ve zihinsel yeteneklerinin yeniden kazanılması ve bireyin kendi kendine yeterli olarak hayatını idame ettirebilmesi için sunulan sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler yataklı ve yataksız hizmet veren rehabilitasyon merkezleri tarafından sunulmakta olup, tıbbi ve sosyal rehabilitasyon boyutları bulunmaktadır.

**Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri;** Sağlık statüsünün yükseltilmesine yönelik olarak yürütülen sağlığın korunması, sağlık eğitimi, hastalıkların ortaya çıkmasının önlenmesi, yan etkilerinin azaltılması, stresin yönetimi, sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi için bireylerde davranış değişikliğinin yaratılması gibi faaliyetleri kapsamaktadır.

## 3. Kırşehir Sağlık Hizmetlerinin Mevcut Durumu

2017 Yılı İstatistiklerine göre Kırşehir ilinin mevcut sağlık hizmetleri şu şekildedir:

### **Kırşehir'de Sağlık Kuruluşları ve Sağlık Personeli Sayıları**

2017 yılı rakamlarına göre Kırşehir'de Kamuya ait Sağlık Bakanlığı Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kaman İlçe Devlet Hastanesi, Akpınar ve Çiçekdağı Entegre İlçe

Devlet Hastaneleri, 15 Acil Sağlık Hizmetleri istasyonu, 23 Aile sağlığı merkezi (81 aile hekimi hizmet vermektedir), 7 Toplum sağlığı merkezi, 27 sağlık evi, 1 Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi, 1 adet KETEM, 1 adet AÇSAP merkezi, 1 adet sağlıklı yaşam merkezi, 1 adet İş Sağlığı Güvenliği Birimi ve 1 adet halk sağlığı laboratuvarı hizmet vermektedir. Özel sektör kuruluşlarına baktığımızda ise 1 adet özel hastane, 2 hekim muayenehanesi ve 10 adet diş hekimi muayenehanesinin hizmet verildiği görülmektedir.

Bu kurumlarda 191 uzman hekim, 151 pratisyen hekim, 49 diş hekimi, 683 hemşire-ebe görev yapmaktadır. Sayılar Türkiye geneli ile karşılaştırıldığında; Türkiye genelinde 1.936 kişiye 1 uzman hekim düşerken Kırşehir'de 1.345 kişiye 1 uzman hekim; 2.147 kişiye 1 pratisyen hekim düşerken Kırşehir'de 1.523 kişiye 1 pratisyen hekim; 528 Kişiyeye 1 Hemşire-ebe düşerken Kırşehir'de 337 kişiye 1 Hemşire-Ebeve2.920 kişiye 1 adet aile hekimi düşmektedir.Bu durum Hekim ve Ebe-Hemşire sayısı açısından Kırşehir'deki sayının Türkiye ortalamasının üzerinde olduğunu ortaya koymaktadır.

#### **Mevcut Hastanelerin Yatak Sayıları ve Yatak Doluluk Oranları**

Tablo 1'de Kırşehir'de faaliyet gösteren hastanelerin mevcut yatak durumları, yatak doluluk oranları ve yatak başına düşen kapalı alan miktarları gösterilmektedir.

**Tablo 1. Kırşehir'de Faaliyet Gösteren Hastanelerin Yatak Sayıları Ve Doluluk Oranları**

Hastane Adı	Tescilli Yatak Sayısı	Nitelikli Yatak Sayısı (1-2 kişilik, wc banyolu)	Nitelikli Yatak Oranı (%)	Yatak Doluluk Oranı (%)	Yatak Başına Düşen Kapalı Alan (m <sup>2</sup> )
AEÜEAH	363	363	100	72,3	135
Kaman Devlet Hastanesi	75	48	64	19,5	80
Çiçekdağı İlçe Hastanesi	10	10	100	0	293
Akpınar İlçe Hastanesi	10	10	100	0	275
<b>SB TOPLAMI</b>	<b>458</b>	<b>431</b>	<b>94</b>	<b>63,2</b>	<b>132</b>
Özel Aşıkpaşa Hastanesi	34	34	100	47	74
<b>TOPLAM</b>	<b>492</b>	<b>465</b>	<b>95</b>	<b>62</b>	<b>128</b>

Kırşehir'de 1 eğitim araştırma, 1 ilçe devlet hastanesi, 2 adet entegre ilçe devlet hastanesi ve 1 adet özel hastane faaliyet göstermektedir. Toplam tescilli yatak sayısı 492, nitelikli yatak sayısı 465 olup yatak doluluk oranı % 62 olarak gerçekleşmiştir.

**Tablo 2. Hastane Hizmetlerini Durumu**

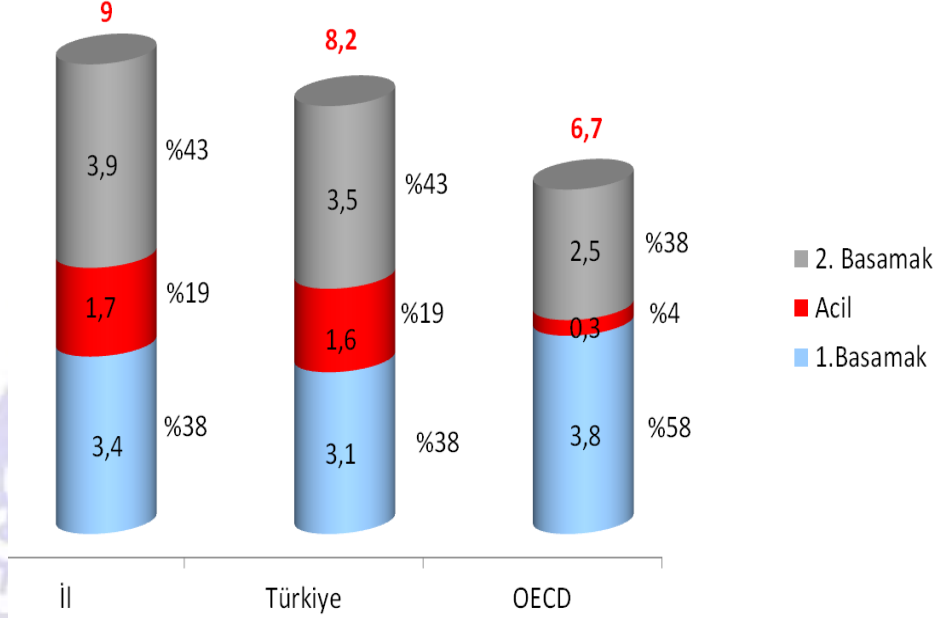
Sağlık Tesisi Adı	Muayene Oda Sayısı	Klinisyen Uzman Sayısı	Yıllık Muayene Sayısı (Acil Dahil)	Acil Poliklinik Sayısı	İl Dışı Sevk Sayısı	Yatak Sayısı	Nitelikli Yatak Sayısı
S.B. AEÜ Eğitim ve Araştırma Hastanesi	95	110	1.075.327	290.537	1.121	363	363
Kaman Devlet Hastanesi	16	11	168.510	66.501	0	75	48
Çiçekdağı İlçe Hastanesi	2	1	11.413	10.978	0	10	10
Akpınar İlçe Hastanesi	2	0	18.198	18.198	0	10	10
<b>S.B. TOPLAM</b>	<b>115</b>	<b>122</b>	<b>1.273.448</b>	<b>386.214</b>	<b>1.121</b>	<b>458</b>	<b>431</b>
Özel Aşıkpaşa Hastanesi	18	14	107.729	19.399	50	34	34
<b>İL TOPLAM</b>	<b>133</b>	<b>136</b>	<b>1.381.177</b>	<b>405.613</b>	<b>1.171</b>	<b>492</b>	<b>465</b>

2017 yılında il genelindeki hastanelerde 1.381.177 adet ayaktan bakım hizmeti verilmiştir. Birinci basamak kuruluşları ve ağız ve diş sağlığı hizmetleri ile birlikte toplam bakım sayısı 2.170.306

kişi olarak gerçekleşmiştir. Yeterli imkanlara sahip olunamaması nedeniyle başta KVC hastaları olmak üzere 1.171 kişi bu hastanelerden il dışına gönderilmiştir.

### ***Kırşehir'de Sağlık Hizmetleri Kullanım Oranları***

**Şekil1.** Sağlık Kuruluşlarına Müracaat Oranlarının Türkiye Geneli Ve OECD Rakamları İle Karşılaştırılması



Şekil 1'de görüldüğü gibi Kırşehir'de yıllık kişi başı sağlık hizmetleri kullanım ortalamasının 9 olduğu görülmektedir. Türkiye ortalamasının 8,2 ve OECD ülkeleri ortalamasının 6,7 olduğu göz önüne alındığında Kırşehir'de sağlık hizmeti kullanım ortalamasının yüksek olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu durum yaşlı nüfusun fazla olması ve sağlık hizmetlerine ulaşımın kolay olması ile açıklanabilir.

### ***Kırşehir'de Acil Sağlık Hizmetlerinin Durumu***

İlimizde acil sağlık hizmetleri incelendiğinde; 27 adet tam donanımlı ambulans, 2 adet tam donanımlı 4x4 kar paletli ambulans, 1 adet çoklu ambulans, 1 adet obez-yoğun bakım ambulansı ve 1 adet UMKE aracı ile hizmet verilmektedir. Acil çağrılara şehir merkezinde ilk 10 dakika içerisinde ulaşma oranı % 100, Kırsal kesimde ise ilk 30 dakika içerisinde ulaşma oranı %100 olarak gerçekleşmiştir.

### ***Kırşehir'de Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE) Hizmetlerinin Durumu***

İlimizde 1'i pratisyen hekim olmak üzere 42 UMKE personeli, 1 adet UMKE aracı bulunmaktadır. 9. Bölge (Ankara) Koordinatörlüğünde faaliyet göstermekte olan ilde Sağlık Müdürlüğü bünyesinde AFET Birimi oluşturulmuştur.

### ***Kırşehir'de Temel Sağlık Hizmetleri Göstergeleri***

2017 yılında Kırşehir'de Anne ölüm hızı binde 0, bebek ölüm hızı binde 6.6, anne izlem sıklığı ortalaması 4, bebek izlem sıklığı ortalaması 8.3, sezaryen oranı %22 olarak gerçekleşmiş olup, bu rakamlar baz alındığında temel sağlık göstergeleri açısından ilin göstergeleri Türkiye ortalamasına göre daha iyi bir durumda bulunmaktadır.

### ***Proje Aşamasında Olan Sağlık Kuruluşları***

Kırşehir merkezi ve ilçelerde gereksinim duyulan sağlık hizmetlerinin daha etkili şekilde yerine getirilebilmesi amacıyla çok sayıda proje ise planlanmış ve devam ettirilmektedir. Bu projelerden bazıları şunlardır: İl sağlık müdürlüğü ek binası ve laboratuvarı, Kaman Yenimahalle ASM ve 112 İstasyonu, Toplum ruh sağlığı merkezi, Sağlıklı yaşam merkezi, Ahi Evran Aile Sağlığı

Merkezi+112 ASH İstasyonu, Akçakent 112 Acil Sağlık İstasyonu, Mucur 112 Acil Sağlık İstasyonu, Kaman 112 Acil Sağlık İstasyonu, Kırşehir Aşıkpaşa 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu.

#### 4. Sonuç

Dünyada olduğu gibi Türkiye'de de sağlık hizmetlerinin durumu, planlanması gibi konulara önem verilmektedir. Cumhuriyetin ilanından itibaren değişen siyasi olaylara veya dönemlere rağmen bütün dönemlerde sağlık hizmetleri, devletin en önemli görevlerinden birisi olmuştur. Kurulduğundan bu yana geçen yaklaşık doksan beş yıllık sürede, farklı uygulamalarla (evde sağlık hizmetleri vb.) sağlık hizmetleri yürütülmüş olsa da asıl amacı değişmemiştir. Türkiye'de devlet tarafından yapılan sağlık politikalarının amacı, her dönemde sağlık hizmetlerinin yaygın olması, herkese eşit bir şekilde ulaşabilir olması ve en üst düzeyde sunulmasını temin etmek olmuştur.

Ülkemizin sağlık alanındaki son geldiği noktada, bütün bireyleri kapsayacak bir biçimde "Genel Sağlık Sigortası" adıyla bir sistem kurulmuştur. Genel Sağlık Sigortası, ister çalışsın ister çalışmasın ülke nüfusunun tamamını kapsayan bir sigorta sistemi olarak ifade edilmektedir. Diğer yandan yine tüm bireyleri kapsayan "Aile Hekimliği Sistemi" de ayrı bir hizmet olarak hayata geçirilmiştir. Aile hekimliği sistemi bireylerin ve aile fertlerinin ikamet yerlerinin yakınlarında ya da kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri sunan uzman tabip veya tabipleridir. Ayrıca bireylere hizmet veren hastaneler ve sağlık kuruluşları ve "Şehir Hastaneleri" adı altında bireylere hizmet sunacak olan kurumlar mevcuttur. Bu hizmetler bireylerin kullanımına açık olup, bu kuruluşlara ulaşımın kolayca sağlanması amaçlanmıştır. Bu sağlık kuruluşları hizmetini yerinde alamayanlar için ise "Evde Sağlık Hizmetleri" bireylerin evlerine kadar hizmet sunmaktadır. Diş ve kanser taraması gibi çalışmalara bireylerin erken tedavileri açısından ayrı bir hizmet vermektedir. Bu sağlık kuruluşlarının kalitesi, fiziki yapıları, donanımları ve çalışanları günden güne artırılmaktadır.

Gerçekleştirilen bu hizmetlerin yanı sıra, halk sağlığı alanında da çalışmalar yapılmıştır. Çünkü sağlık hizmetlerinin en temel amacı halkın sağlığını korumak ve iyileştirmektir. Bu bağlamda halkı bilinçlendirme ve eğitime açısından yapılan bir çok çalışma bulunmaktadır. Projeler, tanıtımlar reklamlar, organizasyonlar bireylere kişisel sağlıklarını korumaları açısından farkındalık kazandırmış ve farklı bakış açıları geliştirilmiştir. Bu hizmetlerden ziyade sağlık hizmetlerinin hedeflerinden birisi de hastaların memnuniyetlerine odaklanma anlayışı çerçevesinde bir anlayış benimsemektir. Bu anlayışla hasta bireylerin önerilerinin, şikayetlerinin veya düşüncelerinin aktarabilecekleri sistemler kurulmuştur. Bu çalışmaların sonucunda ise Türkiye'de sağlık alanında önemli ilerlemeler kaydedildiği gözlemlenmektedir. Süreç bu şekilde işlerken devamında da geleceğe dönük projeler yapılarak sağlık hizmetlerinin seviyesinin artırılması planlanmaktadır.

Kırşehir sağlık hizmetlerinin değerlendirildiği bu çalışmadan elde edilen rakamlar incelendiğinde sağlık hizmetlerine ulaşım, sağlık personeli sayısı, verilen hizmet miktarı ve temel sağlık göstergeleri bakımından Kırşehir'deki sağlık hizmetlerinin Türkiye ortalamasından daha iyi durumda olduğu görülmektedir.

Ancak nitelikli hizmetler açısından (Örneğin KVC, Psikiyatri, Travmalar, Nöroloji vb) Ankara ve Kayseri gibi büyük şehirlere bağımlılık hala devam etmektedir. Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin kendisine ait hastanesinin olmaması nedeniyle devlet hastanesinin ortak kullanılıyor olması da bir diğer önemli sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca mevcut hastanenin artık ihtiyaca cevap vermediği ve bu nedenle kısa sürede ek bina yapılması gerekliliği de yetkililer tarafından dile getirilmektedir.

Bütün bunlar sonucunda ise sağlık hizmetlerinin genel durumu -çok özele indirgenmediği sürece- ülke ortalaması açısından iyi durumda olduğu için Kırşehir ilinde sağlık hizmetlerinin yeterince yerine getirildiği söylenebilir. Çalışmamız İl Sağlık Müdürlüğü verilerine dayalı bir çalışma olduğundan saha araştırması yapılamaması araştırmanın bir kısıtı olarak düşünülmektedir. Bundan sonra yapılacak çalışmalara açısından bir ön hazırlık niteliğinde olan çalışmamız gelecekte yapılacak çalışmalara ışık tutacağı da düşünülmektedir.

#### Kaynakça

Boelen C, Haq C, Hunt V, Rivo M, Shahady E.(2002) ImprovingHealthSystems: TheContribution of FamilyMedicine, A Guidebook, WONCA 2002;11. 4.

Coşkun, B. (2014) "T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Politikalarında Değişim Ve Yönetimi: Ağrı İli Üzerinden Bir İnceleme", İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi.

Çoban, H. (2009) "Sağlık Ekonomisi Ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması" Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı, Doktora Tezi.

Hamzaoğlu O. (2008) The Interpretation of Health of Turkey, sted.2008;17:6.

Kol, E. (2014). "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Dönüşüm: Eskişehir'de Alt Gelir Grupları Üzerine Bir İnceleme", Eskişehir Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi.

Memişoğlu, D. (2011). "Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Dönüşüm Ve Etkileri: Batı Akdeniz Bölgesi İl Merkezleri Örneği", Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Doktora Tezi.

Tatar M. (2013) Sağlık Kurumları Yönetimi 1, Anadolu Üniversitesi yayınları, Eskişehir.

Uğurlu M, Örnek M, Sanisoğlu Y.S (2011) "2002-2008 Yılları Arasında Erzurum Bölgesinde Birinci ve İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi" Balkan Med J 2011; 28: 55-61, DOI: 10.5174/tutfd.2009.02884.1

Ural, S (2017). "Selçuk Üniversitesi Öğrencilerinin Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma Durumları", Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi.

İstatistik Bilgileri, Kırşehir İl Sağlık Müdürlüğü

İnternet Kaynağı: <http://www.who.int/suggestions/faq/en/> (Erişim Tarihi: 29.03.2018).

**DETECTION OF CHLORAMPHENICOL RESIDUES IN MILK AND SAMPLES USING ELISA AND LC/MS-MS****Fatmira SHEHU**

Agricultural University of Tirana, s\_fatmira@yahoo.it

**Enkela ZANI**

Food Safety and Veterinary Institut, Tirana, enkela.zani@yahoo.com

**Suzana KOLA**

Food Safety and Veterinary Institut, Tirana, kolasuzana@hotmail.com

**Ermira MARKU**

Food Safety and Veterinary Institut, Tirana, elmiramarku@hotmail.com

**Bizena BIJO**

Agricultural University of Tirana, bizena.bijo@yahoo.com

**Abstract**

The use of Chloramphenicol in food producing animals is prohibited in many countries including the United States, Canada, the European Union, and Australia due to the high potential risk of severe effects such as aplastic anemia, allergic reactions, and the promotion of antibiotic resistance. The monitoring of food products, such as milk, meat and honey, for antibiotic residues is necessary to ascertain that these compounds are not misused and do not present a danger to human or animal health.

244 milk samples were collected in 12 regions of Albania during 2017. In this study, an analytical method for screening and confirmation of CAP residues in milk samples is described. The ELISA was carried out to screen milk samples, and LC/MS-MS was applied to confirm suspect samples. Through the use of Elisa, the presence of Chloramphenicol residues was found in 4 milk samples. These samples subsequently subjected the test to the confirmatory method, which resulted in: 2 positive and 2 false positive samples. The method has been validated according to the criteria of the 2002/657/EC Decision

**Key Words:** Chloramphenicol, ELISA, milk, LC-MS/MS**Introduction**

Chloramphenicol is an effective antibiotic widely used in the past to treat several diseases in humans and animals (Rocha Siqueira et al., 2009).

Today, the use of the broad spectrum antibiotic Chloramphenicol (CAP) is illegal for the administration in food-producing animals in the EU and many other countries worldwide. It is still frequently employed in animal production because of its excellent antibacterial and pharmacokinetic properties and low price. The mechanism of action of Chloramphenicol is bacteriostatic, inhibiting the protein synthesis in bacterial ribosomes. Illegal use of this antibiotic can increase the risk of introducing harmful residues into the human food chain (Penney et al., 2005; Chen et al., 2011).

The widespread use of antibiotics in foodproducing animals can be a potential hazard for human health. Furthermore, the indiscriminate use of chloramphenicol can lead to bacterial resistance, allergic reactions, disruption of the balance of the gastrointestinal microbial flora, and hemotoxic effects, such as aplastic anemia, bone marrow depression and gray baby syndrome. Since it undergoes biotransformation to the inactive metabolite chloramphenicol glucuronide in the liver, individuals with subnormal liver function and infants are also at risk (Guidi LR et al 2015)

No safe residue level could be established for these side effects. In order to ensure consumer health this led to a complete ban of chloramphenicol for the treatment of animals used for food production and a zero-tolerance for chloramphenicol residues. Based upon scientific reports about chloramphenicol, an acceptable daily intake (ADI) has never been allocated and a maximum residue limit (MRL) has not been assigned. Chloramphenicol was banned for use in food-producing animals in

the European Union and in many other countries including Brazil as a means to eliminate it from the food production chain and related goods (European Commission , 2010 )

The European Union introduced the concept of the minimum required performance limit (MRPL) of 0.3 µg/kg, the highest concentration level at which the screening and confirmatory method shall demonstrate satisfactory performances regarding the sensitivity, accuracy and precision (Commission Decision 2003/181)

The problem is more visible with milk due to its role in infant and overall human nutrition and its widespread consumption. Furthermore, chloramphenicol in milk can be transferred to dairy products, specially those rich in fat (Tian, H. 2011). Also, on a practical level for dairy products such as cheese made with starter cultures, antibiotic residues would reduce the intended microbial growth and therefore reduce the acid production. For all these reasons and more, the FDA has strict regulations on antibiotic residues in human food. Because of these regulations, antibiotic contaminated milk, including milk products and meat are considered to be adulterated. Although the evidence is considered limited, chloramphenicol has been categorized by the International Agency for Research on Cancer (IARC) as probably carcinogenic in humans, classified as group 2A (JECFA 2014, IARC 1990). Tolerance levels are established for some antibiotics, while others have a zero tolerance (as is the case for nitrofurans and chloramphenicol). Chloramphenicol for instance is an antibiotic of considerable current concern in the USA, European Union, and others countries. Because of the adverse health effects humans, the FDA has banned the use of chloramphenicol in animal raised for food production and set zero tolerance in human food (21 CFR 522.390). Therefore, the analytical methods need to be as sensitive and selective as possible.

The control of chloramphenicol in foods can be performed by screening or confirmatory procedures. Screening methods only provide semi-quantitative analysis and can give rise to false positives, but they are used due to simplicity in sample preparation, sensitivity, speed and low cost. On the other hand, confirmatory methods, such as those employing liquid chromatography (LC) coupled to mass spectrometry (MS) are the approaches of choice for determination of antibiotics, because they allow definitive identification, quantitative determination at very high level of specificity and sensitivity

## **Material and Methods**

### **ELISA Analysis**

To measure the amount of CAP in milk, a commercial ELISA kit (Ridascreen, R1511; R-Biopharm AG, Darmstadt, Germany) was used. The kit had a specificity of 100% for CAP. The detection limit (LOD) of the Ridascreen chloramphenicol test was 24 ng/L and the recovery rates were 93% for all samples.

The milk samples was vortexed for 10 min and centrifuged at 3,000 × g for 10 min at room temperature (20–25°C). Following centrifugation, 4 mL of ethyl acetate supernatant (corresponding to 2 g of sample) was transferred into a new centrifuge tube and dried at 60°C under a weak stream of N<sub>2</sub>. The residue was redissolved in 1 mL of n-hexane and 0.5 mL of the CAP buffer was added to this solution and vortexed for almost 1 min. The solution was centrifuged at 3,000 × g for 10 min at room temperature (20–25°C) and 50 µL of the aqueous (upper) layer was used for analysis. The absorbance was measured at 450 nm using an ELISA plate reader (BioTek, tip/model Elx800). The concentrations of CAP were calculated according to the percentage of their mean absorbance divided by the absorbance of the maximum binding (B/BO%) using the standard curve. The values were multiplied by the dilution factor (0.25) as suggested by the kit manual.

### **Confirmation of CAP in milk by LC-MS/MS**

According to the Commission Decision 2002/657/EC (European Commission, 2002), the confirmation of suspect positive samples must be carried out by mass spectrometry (MS) coupled to adequate chromatographic separation. This is the most reliable analytical method for the unambiguous confirmation of zero tolerance residue limit substances in products of animal origin.

Prior to LC-MS/MS analysis, sample preparation is needed to properly extract chloramphenicol from the food matrix. Concentration of the analyte and removal of interfering compounds may also be needed (Guidi LR et al 2015)

**Extraction of milk** - A 5 g portion of milk sample was diluted with 20 ml of acetonitrile, homogenized and centrifuged at 3 500g for 10 min at about 6°C. The top layer was taken and evaporated until dry using nitrogen, and dissolved in 6 ml of water. The whole solution was cleaned up by solid phase extraction (SPE) technique.

**Clean up**- SPE C-18 cartridges were preconditioned with 3 ml of methanol and 3 ml of water. After percolation of the whole solution, the column was washed with 6 ml of water, 3 ml of 20% methanol, and dried under negative pressure for 5 min. CAP was eluted with 3 ml of 60% methanol. The eluate was diluted with 5 ml of water, the solution was mixed and passed through a new C18 SPE column, and the elution was made with 3 ml of methanol.

**LC-MS/MS** - The eluate was dried under gentle nitrogen stream at 45°C. The dry residue was dissolved in 200 µl of 5mM ammonium formate and shaken vigorously with a vortex to retrieve the whole residue, and then it was transferred to a vial and analyzed by LC-MS/MS.

### Results and Discussion

The present study was undertaken for the screening of CAP residues in milk samples by using an ELISA method and for confirmation of the results by an LC-MS/MS method. A commercial ELISA kit was used for presumptive CAP detection and quantification. From 244 milk samples, through the use of ELISA, the presence of chloramphenicol residues was found in 4 (1,6 %) milk samples. These samples subsequently subjected the test to the confirmatory method, which resulted in: 2 positive and 2 false positive samples. The methods used for antibiotic determination in milk by competitive immunoassay proved to be rapid and reliable

Based on the findings of the study, the contamination level in milk samples were not alarming as only two samples out of total 244 (0.8%) were found to exceed the MRPL which on further dilution after pooling will not be having any adverse effect on human health. It suggests that the present status of chloramphenicol contamination is within specified limits but need continuous monitoring to take timely remedial actions to prevent its detrimental effects on public health.

### Conclusions

With food legislation constantly under review to combat the very real risk of food contamination, it is becoming more and more difficult for food testing laboratories to meet the specifications set down by the authorities. The high risk of infants suffering due to exposure to CAP has pushed identification of CAP in milk to the forefront (Food Safety magazine, 2003). There are several noted harmful effects of CAP on infants, whether that be through medication or the ingestion of contaminated food stuffs.

Antibiotic residues in edible animal products are of great concern to regulatory agencies and consumers, so reliable screening methods for rapid, selective and sensitive detection of these residues are necessary to ensure food safety. Therefore, monitoring and educational programs are needed to warrant safety of consumers and international trade (Gentili A., et al 2005)

### References

Chen X. B., Wu Y. L., Yang T. (2011) Simultaneous determination of clenbuterol, chloramphenicol and diethylstilbestrol in bovine milk by isotope dilution ultra performance liquid chromatography-tandem mass spectrometry. *J. Chromatogr. B Analyt. Technol. Biomed. Life Sci.* 879:799–803

U.S. Food and Drug Administration : Chloramphenicol. 21 CFR 522.390 - CFR Title 21 – Chapter 1, Subchapter E Part 522 › Section 522.390 [www.law.cornell.edu/cfr/21/522.390](http://www.law.cornell.edu/cfr/21/522.390)

Commission Decision 2002/657/EC of 12 August (2002) implementing Council directive 96/23/EC concerning the performance of analytical methods and the interpretation of results. *Off. J. Eur. Commun.* L221:8–36.

Commission Decision 2003/181/EC of 13 March 2003 amending Decision 2002/657/ EC as regards the setting of minimum required performance limits (MRPLs) implementing Council Directive 96/23/EC concerning the performance of analytical methods and the interpretation of results *OJ L 221*, 17.8.(2002), p. 8–36.



European Commission, Council Regulation N° 37/2010 of 22 dec 2009: on pharmacologically active substances and their classification regarding maximum residue limits in foodstuffs of animal origin., *Off. J. Eur. Comm.* 1–72 (2010).

Food Safety magazine. (2013), The Danger of Chloramphenicol in Milk., June 7.

Gentili A., Perret S., and Marchese S., Fast screening methods to detect antibiotic residues in food samples *Trends Anal. Chem.*, 24(7), 704–733, (2005).

Guidi LR, Silva LHM, Fernandes C, Engeseth NJ, Gloria MBA, (2015); LC-MS/MS determination of chloramphenicol in food, *Scientia Chromatographica* 7(4):287-295 *Instituto Internacional de Cromatografia* ISSN 1984-4433

IARC. Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risk of Chemicals to Humans. Geneva: World Health Organization, International Agency for Research on Cancer, 1972-present. Available at: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/index.php>, 50, 1–171 (1990).

JECFA, *Who Food Additives Series*, 53, 1–40, (2014).

Rocha Siqueira S. R., Donato J. L. de Nucci G., Reyes F. G., 2009. A high-throughput method for determining chloramphenicol residues in poultry, egg, shrimp, fish, swine and bovine using LC-ESI-MS/MS. *J. Sep. Sci.* 32: 4012-4019

Penney L., Smith A., Coates B., Wijewickreme A., (2005). Determination of chloramphenicol residues in milk, eggs and tissues by liquid chromatography/mass spectrometry. *J. AOAC Int.* 88 :645-6534

Rocha Siqueira, S. R., J. L. Donato, G. de Nucci, and F. G. Reyes. (2009). A high-throughput method for determining chloramphenicol residues in poultry, egg, shrimp, fish, swine and bovine using LC-ESI-MS/MS. *J. Sep. Sci.* 32:4012–4019.

Tian, H. (2011). Determination of chloramphenicol, enrofloxacin and 29 pesticides residues in bovine milk by liquid chromatography-tandem mass spectrometry. *Chemosphere*, 83, 349–355.



**OCCURRENCE OF AFLATOXIN M1 IN ALBANIAN RAW MILK DETECTED BY ELISA TECHNIQUE****Fatmira SHEHU**

Agricultural University of Tirana, s\_fatmira@yahoo.it

**Enkela ZANI**

Food Safety and Veterinary Institut, Tirana, enkela.zani@yahoo.com

**Suzana KOLA**

Food Safety and Veterinary Institut, Tirana, kolasuzana@hotmail.com

**Ermira MARKU**

Food Safety and Veterinary Institut, Tirana, elmiramarku@hotmail.com

**Bizena BIJO**

Agricultural University of Tirana, bizena.bijo@yahoo.com

**Abstract**

AFM1 (Aflatoxin M1) is the major mycotoxin frequently found in milk and dairy products. Tolerance limits for aflatoxins in dairy products have been established internationally. According to the requirements of EU Regulation (EC) No.401 / 2006 the maximum residue level (EU MRL) of AFM1 is 50 ng/kg for milk and dairy products. The purpose of this study was to detect the occurrence and determinate the presence of AFM1 milk In Albania, there are scarce published data about AFM1 level in dairy products and none of the consumer exposure to this toxin. A total of 180 milk samples were collected in January-December 2016, from 13 small farms of Myzeqeja region in Albania. Samples were analyzed for the presence of AFM1 content using competitive ELISA (RIDASCREEN R-biopharm test kit). The competitive enzyme immunoassay- Ridascreen method highlighted the contamination with AFM1 in 98/180 milk samples. Beside to the high number of samples we detected huge level of concentration. AFM1 levels oscillated from 3.25 - 131 ng / L, where one of the most important factor affected was considered the season of the year. Results demonstrated a significant ( $p < 0.05$ ) difference of the AFM1 content in milk samples between autumn and spring seasons. Milk samples collected in February and March presented a high positivity of and the highest AFM1 level (131 ng / L).

**Key Words:** raw milk, aflatoxin M<sub>1</sub>, ELISA, public health**Introduction**

Mycotoxins are fungal secondary metabolites that if ingested can cause a variety of adverse effects on both humans and animals. In addition to being acutely toxic, some mycotoxins are now linked with the incidence of certain types of cancer, and it is this aspect which has evoked global concern over feed and food safety, especially for milk and milk products (Castegnaro M et al 1998)

Approximately 18 aflatoxins have been identified. Among them, aflatoxin B1 (AFB1) is a highly toxic, mutagenic, teratogenic and carcinogenic compound that causes DNA damage, gene mutation, chromosomal anomalies and cell transformation, and therefore has been classified as a class I human carcinogen (carcinogenic) (IARC, 1993, 2002). About 0.3–6.2% of AFB1 in animal feed is transformed to AFM1 in milk (Whitlow, L. W., et al 2002). Due to serious health concerns, many countries have set maximum limits for aflatoxins, which vary from country to country (Creppy E. E 2002).

Aflatoxin M1 is a major metabolite of aflatoxin B1 (AFB1), which is formed when animals ingest feed contaminated with aflatoxin B1. These metabolites are not destroyed during the pasteurization and heating process. The amount of AFM1 which is found in milk depends on several factors, such as animal breed, lactation period, mammary infections etc. AFM1 could be detected in milk 12-24 h after the AFB1 ingestion, reaching a high level after a few days. When AFB1 intake is stopped, the AFM1 concentration in milk decreases to an undetectable level after 72 h (Decastelli, L.,

et al 2007). Many countries have established regulations to control the levels of aflatoxin B1 in feeds and to have maximum permissible levels of aflatoxin M1 in milk to reduce this hazard (Bilandzic et al 2010).

Considering that milk and milk derivatives are consumed daily and, moreover, that they are of primary importance in the diet of children, most countries have set up maximum admissible levels of AFB1 in feed (European Commission, EC, 2003a) and of AFM1 in milk, which vary from the 50 ng/kg established by the EU, to the 500 ng/kg established by US FDA (EC, 2003b, U.S. Food and Drug Administration, FDA, 2011). More restrictive MRLs have been implemented by the EU for the presence of AFM1 in baby food (EC, 2004)

Climatic conditions regarding temperature and moisture in tropical and subtropical regions favour the growth of the toxigenic *Aspergillus* (Picinin et al., 2013). Also, long periods of high temperatures and long-lasting drought in summer in other climatic regions, e.g. the northern temperature zone, may also favour the development of mycotoxins (Bilandzic N., et al., 2010, Decastelli et al., 2007). Respectively, variations of AFM1 levels have been determined during different seasons, with higher concentrations in winter than in summer (Iqbalet S.Z et al 2013, Tajkarimi et al., 2008).

Several methods for aflatoxin M1 determination have been developed, including high performance liquid chromatography associated with fluorescence or mass spectrometric detection. Immunochemical methods have also been described and are employed as screening methods in routine analysis, mainly because of their simplicity and rapidity (Gallo, P., et al 2006, Gilbert, J., et al 2002, Magliulo, M., et al 2005, Muscarella, M., et al 2007)

Some studies have been done about aflatoxin M1 contamination in raw milk in the world and their results have presented exceeded concentrations regarding the European Community and Codex Alimentarius regulatory limit (Codex Alimentarius 2001, Creppy E. E 2002, Montagna, M.T., et al 2008). The aim of this study was to investigate the presence of AFM1 in raw milk samples produced in Myzeqeja region in Albania by ELISA method.

## **Materials and Methods**

### *Preparation of samples*

A total of 180 milk samples were collected in January-December 2016, from 13 small farms of the Myzeqeja region of Albania. All Samples defatted through cooling Centrifuge for 10 min, 3500g at 4°C. The upper fat layer was removed. 100 µl (per well) of this solution was used in the test (R-Biopharm GmbH, Darmstadt, Germany 2015,)

### **ELISA Test Procedure**

The quantitative analysis of AFM1 in raw milk samples was performed competitive enzyme immunoassay based on antigen-antibody reaction (ELISA RIDASCREEN AFM1, R-Biopharm). The procedure as described by R-biopharm GmbH (R-Biopharm GmbH, Darmstadt, Germany 2015). Before starting the test, the reagents were brought up to room temperature. After centrifugation, the upper creamy layer was completely removed by aspirating through a Pasteur pipette and from the lower phase (defatted phase), 100 µL was directly used per well in the test.

The AFM1 standards and test samples (100 µl per well) in duplicate were added to the wells of a micro-titer plate pre-coated with antibodies for AFM<sub>1</sub> and incubated at room temperature in dark for 60 min. After the washing step, 100µl of peroxidase conjugate was added to the wells and plate was incubated again for 60 min at room temperature in dark. After the three washing step, the unbound conjugate was removed during washing. Subsequently, 50 µl each substrate (urea peroxide) and chromogen (tetramethyl-benzidine) were added to the wells and incubated for 30 min in dark. Finally, 100 µl of stop solution were added to each well. The optical absorbance of each well was read at 450 nm with ELISA plate reader. Absorbance percentages were taken to the calibration curve performed with standards at different concentrations.

### *Evaluation of AFM1*

The absorbance values obtained for the standards and the samples were divided by the absorbance value of the first standard (zero standards) and multiplied by 100 (percentage maximum absorbance). Therefore, the zero standard is thus made equal to 100%, and the absorbance values are quoted in percentages.

### Results and Discussion

A total of 180 raw milk samples was analyzed with competitive ELISA. Analytical results showed that the incidence of AFM1 contamination in raw milk samples was high. 54,4% of samples were contaminated with AFM1, the toxin concentration was higher than the maximum tolerance limit (50 ppt) accepted by European Union and Codex Alimentarius Commission. The occurrence of AFM1 was shown in Table 1.

**Table 1. Occurrence of AFM1 in raw milk samples from Myzeqeja region-Albania**

AFM <sub>1</sub> levels ng/l	Sample No.	(%)	Range
Not detected	82	-	-
< 10	7	3,9	3.5- 9.7
11-25	17	9,4	11.2- 21.5
26-50	20	11.1	27.5-48
≥ 50	54	30	51.2- 131
Total samples	180	54.4	2.1- 131

The AFM1 contamination levels, as seen, are shown at a large number of samples. Also, they had high levels of concentration. The aflatoxin M1 contamination levels were between 3.25 - 131 ng / L. Besides, factor affecting the level of AFM1, such as seasonal effect, is studied. Results showed a significant ( $p < 0.05$ ) difference in the AFM1 content in milk samples between fall and spring seasons. Milk samples collected in February and March presented a high positivity and the highest AFM1 level (131 ng / L).

### Conclusion

This study shows the importance of continuous aflatoxin level monitoring in animal feed and the necessary implementation of strict regulations for mycotoxins in Albania. The results indicated that the contamination of the dairy products in such a level could be a serious public health problem at the moment. According to these values, it should be expected Albanian population is exposed to a significant risk from aflatoxin M1 including average and high consumers. Therefore, it is important to set the effective control of raw milk and dairy products in accordance with the defined maximum residue levels set by the European Union (EU).

### References

- Bilandzic, N., Varenina, I., & Solomun, B. (2010). Aflatoxin M1 in raw milk in Croatia. *Food Control*, 21, 1279 e 1281.
- Castegnaro M., and McGregor D., (1998) "Carcinogenic risk assessment of mycotoxins," *Revue de Medecine Veterinaire*, vol. 149, no. 6, pp. 671–678.
- Codex Alimentarius Commissions (CAC). (2001). Comments submitted on the draft maximum level of Aflatoxin M1 in milk. *Codex Committee on food Additives and Contaminant 33rd sessions, Hauge, the Netherlands //ftp.fao.org/codex/ccfac33/fao120e.pdf*.
- Creppi E. E., (2002) "Update of survey, regulation and toxic effects of mycotoxins in Europe," *Toxicology Letters*, vol. 127, no. 1–3, pp. 19–28.
- Decastelli, L., Lai, J., Gramaglia, M., Monaco, A., Nachtmann, C., Oldano, F., et al. (2007). Aflatoxins occurrence in milk and feed in Northern Italy during 2004e 2005. *Food Control*, 18, 1263e1266.
- European Commission (2003a) Commission Regulation (EC) No 100/2003 *Official Journal of the European Community* Vol. L 285, pp. 33-37
- European Commission (2003b) Commission Regulation (EC) No 2174/2003, *Official Journal of the European Community* Vol. L326, pp. 12-15

European Commission (2004) Commission Regulation (EC) No 683, 2004, *Official Journal of the European Community* Vol. L106, pp. 3-5

FAO Corporate Document Repository. (April 2011) Worldwide regulations for mycotoxins in food and feed in 2003. 20/04/2011. Available from: <http://www.fao.org/docrep/>

Gallo, P., Salzillo, A., Rossini, C., Urbani, V., Serpe, L. (2006) Aflatoxin M1 determination in milk : Method validation and contamination levels in samples from Southern Italy. *Italian Journal of Food Science* Vol. 18, No. 3, pp. 251-259, ISSN 1120-1770

Gilbert, J., Anklam, E. (2002) Validation of analytical methods for determining mycotoxins in foodstuffs *Science* Vol. 21, No. 6, pp. 468-486, ISSN 01659936

IARC, International Agency for Research on Cancer. (2002). Some traditional herbal medicines, some mycotoxins, naphthalene and styrene. In IARC monograph on the evaluation of carcinogenic risk to humans (Vol. 82); (pp. 171e175). Lyon, France: *IARC Scientific Publication*.

Iqbal, S. Z., Asi, M. R., & Jinap, S. (2013). Variation of aflatoxin M1 contamination in milk and milk products collected during winter and summer seasons. *Food Control*, 34, 714e718.

Magliulo, M., Mirasoli, M., Simoni, P., Lelli, R., Portanti, O., Roda, A. (2005) Development and Validation of an Ultrasensitive Chemiluminescent Enzyme Immunoassay for Aflatoxin M1 in Milk. *Journal of Agricultural and Food Chemistry*, Vol. 53, No. 9, pp. 3300-3305, ISSN 0021-8561

Montagna, M.T., Napoli, C., De Giglio, O.; Iatta, R., Barbuti, G. (2008) Occurrence of Aflatoxin M1 in Dairy Products in Southern Italy. *International Journal of Molecular Science* Vol.9, pp. 2614-2621, ISSN 1422-0067

Muscarella, M., Lo Magro, S., Palermo, C.; Centonze, D. (2007) Validation according to European Commission Decision 2002/657/EC of a confirmatory method for aflatoxin M1 in milk based on immunoaffinity columns and high performance liquid chromatography with fluorescence detection. *Analytica Chimica Acta* Vol. 594, No. 2 (July 2007), pp. 257-264, ISSN 0003-2670

Picinin, L.C.A., Cerqueira, M.M.O.P., Vargas, E.A., Lana, A.M.O., Toaldo, I. M., & Bordignon-Luiz, M. T. (2013). Influence of climate conditions on aflatoxin M1 contamination in raw milk from Minas Gerais State, Brazil. *Food Control*, 31, 419e424.

Tajkarimi, M., Aliabadi-Sh, F., Salah Nejad, A., Poursoltani, H., Motallebi, A. A., & Mahdavi, H. (2008). Aflatoxin M1 contamination in winter and summer milk in 14 states in Iran. *Food Control*, 19, 1033e1036.

R-Biopharm GmbH, (2015) "Enzyme immunoassay for the quantitative analysis of aflatoxins," Ridascreen Aflatoxin M1 Art.No. R1121, R-Biopharm GmbH, Darmstadt, Germany.

Whitlow, L. W., & Hagler, W.M. (2002). Mycotoxins in feeds. *Feedstuffs*, 74(28), 1-10.

**2016-2017 YILLARI ARASINDA ÇOCUK ACİL SERVİSİNE ZEHİRLİ HAYVAN MARUZİYETİYLE BAŞVURAN HASTALARIN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Öğr. Üyesi Halil KAZANASMAZ**  
Harran Üniversitesi, kazanasmazhalil2@gmail.com

**Dr. Öğr. Üyesi Abdullah SOLMAZ**  
Harran Üniversitesi, dr.solmaz@hotmail.com

**Özet**

**Giriş:** Şanlıurfa ili zehirli akrep ve yılan türlerini barındırması açısından risk teşkil etmektedir. Bu çalışmada çocuk acil servisine zehirli hayvan maruziyetiyle başvuran olguların geriye dönük olarak incelenmesini amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntemler:** 01.01.2016 ile 31.12.2017 tarihleri arasındaki iki yıllık süreçte Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Servisi'ne başvuran hastalar retrospektif olarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 31 hastanın 22'si akrep sokması, dokuzu yılan sokması idi. Akrep sokması vakalarının ortalama yaşı  $10.81 \pm 4.52$  yılan sokması vakalarının ortalama yaşı ise  $10.55 \pm 4.77$  yıl idi. Akrep sokması olgularının % 68.2'si yaz aylarında görülmüş olup en sık başvuru ayı ise ağustos idi. Olguların tetkiklerinde kardiyak biyobelirteçler CK-MB ve Troponin I ortalamaları normal değerlerde idi. Yılan sokması olgularının ortalama hastanede ve yoğun bakımda yatış süreleri akrep sokması olgularına göre anlamlı olarak daha uzundu.

**Tartışma:** Zehirli akrep ve yılan türlerinin Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde sık görülmesi özellikle yaz aylarında bu vakaların yaz aylarında çocuk acil servisine sık başvurmaya sebep olmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Akrep Sokması, Çocuk Acil, Yılan Sokması

**RETROSPECTIVE EVALUATION OF PATIENTS ADMITTED TO PEDIATRIC EMERGENCY DEPARTMENT WITH TOXIC ANIMAL EXPOSURE BETWEEN 2016-2017****Summary**

**Introduction:** Şanlıurfa province poses a risk in terms of poisonous scorpions and snake species. In this study, it was aimed to retrospectively review the cases admitted to pediatric emergency department with toxic animal exposure.

**Material and Methods:** Patients admitted to Harran University Medical Faculty Pediatric Emergency Service between January 1, 2016 and December 31, 2017 were retrospectively evaluated.

**Findings:** Of the 31 patients included in the study, 22 were scorpion insertions, nine were snake insertions. The mean age of the scorpion incidents was  $10.81 \pm 4.52$  and the mean age of the snake incidents was  $10.55 \pm 4.77$  years. 68.2% of scorpion incidents were seen in summer and the most frequent month was August. The cardiac biomarkers CK-MB and troponin I averages were normal in the examinations of the cases. The incidence of snake insertion in the average hospital and intensive care unit was significantly longer than the incidence of scorpion insertion.

**Discussion:** The frequent occurrence of poisonous scorpions and snake species in the Southeastern Anatolia region causes these cases to be frequently referred to the pediatric emergency department in the summer months.

**Key Words:** Scorpion Sting, Child Emergency, Snake Sting

**Giriş**

Şanlıurfa ili zehirli akrep ve yılan türlerini barındırması açısından risk teşkil etmektedir (1-3). Bu nedenden dolayı akrep ve yılan sokmalarına bağlı intoksikasyon vakaları Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde literatür verilerinden daha yüksek bir oranda görülmektedir (2). Dünyada 3000 yılan türü tanımlanmış olsa da ülkemizdeki zehirli yılan ısırması vakalarının hemen hepsinden *Viperidae* (engerek) ailesi sorumludur (2,3). Ülkemizin güneydoğusunda *Elapidae* ailesine ait olan tek yılan türü

tarif edilmiştir, ancak bu yılana bağlı ısırma olgusu bildirilmemiştir (3). Avusturalya, Afrika ve Amerika kıtalarındaki yılan türlerinin nörotoksik, kardiyotoksik, miyotoksik ve hematotoksik pek çok etkisi mevcutken, *Viperidae* çoğunlukla hematotoksik etkilere ve lokal zehirlenme bulgularına yol açar. Ağır durumlarda bu lokal bulgulara hipotansiyon, terleme, ağız çevresinde uyuşukluk, karın ağrısı, bulantı, kusma, kas fasikülasyonları, kalp problemleri, solunum güçlüğü, şok semptomlarıyla ortaya çıkan dissemine intravasküler koagülasyon, akut böbrek yetmezliği, trombositopeni, kafa içi kanama gibi sistemik problemler de eklenebilir (4). Değişik klinik özelliklere sahip olan akrep sokması vakaları ülkemizde en sık Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde görülmektedir (5). Ülkemizde yapılan çalışmalarda *Mesobuthus caucasicus*, *Mesobuthus nigrocinctus*, *Androctonus crassicauda* gibi zehirli akrep türlerinin doğu ve güneydoğu bölgelerinde bulunduğu saptanmıştır. Dünyanın en zehirli akrep türü olan *Leiurus quinquestriatus* Adıyaman ve çevresinde tespit edilmiştir (6). Akrep zehiri türlere göre değişkenlik gösterir ve nörotoksik proteinler, tuzlar, asidik proteinler ve organik bileşiklerden oluşan kompleks bir yapıya sahiptir (8). Kızarıklık, ağrı, yanma ve şişme gibi lokal etkilere ek olarak nörolojik, kardiyovasküler, hematolojik ve renal yan etkilere sahiptir (8). Bu çalışmada çocuk acil servisine zehirli hayvan maruziyetiyle başvuran olguların geriye dönük olarak incelenmesi amaçlanmıştır

### Gereç ve Yöntemler

01.01.2016 ile 31.12.2017 tarihleri arasındaki iki yıllık süreçte Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Acil Servisi'ne başvuran hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaşı, cinsiyeti ve yaşadıkları coğrafya gibi sosyo-demografik özellikleri kaydedildi. Hastaların kabul edildiği ay, yıl ve mevsim bilgileri analizlere dahil edildi.

### Bulgular

Olguların dokuzu 2016 yılında 22'si de 2017 yılında başvurdu. Çalışmaya dahil edilen 31 hastanın 22'si akrep sokması, dokuzu yılan sokması idi. Akrep sokmasına maruz kalan 22 hastanın 13'ü kız dokuzu erkek, yılan sokması maruziyeti olan dokuz hastanın da beşi kız dördü erkek idi. (Tablo 1).

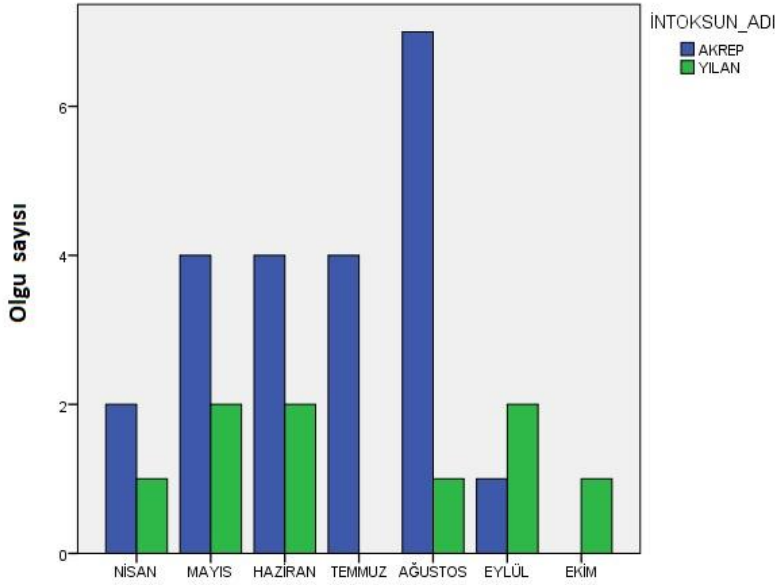
**Tablo 1.** Olguların sosyo-demografik özellikleri

	Akrep sokması	Yılan Sokması
Başvuru yılı (2016/2017)	6/15	3/6
Cinsiyet (E/K)	9/13	4/5
Yaş (ort±SS)	10.81±4.52	10.81±4.52
İlkbahar (n)	6	3
Yaz (n)	15	3
Sonbahar (n)	1	3

n:olgu sayısı; SS:Standart sapma

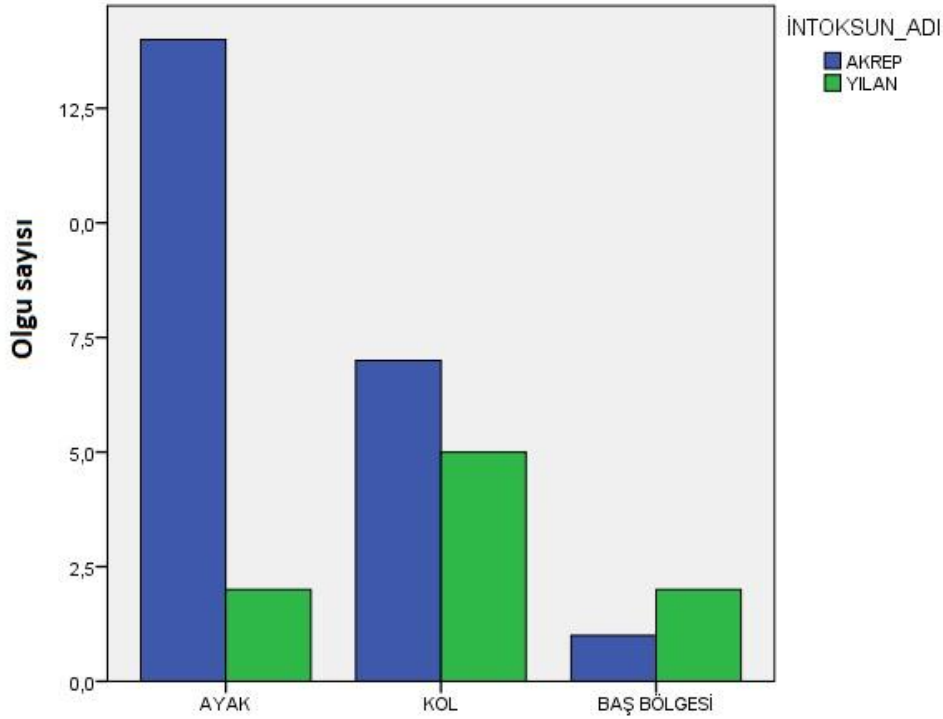
Akrep sokması vakalarının ortalama yaşı 10.81±4.52 yılan sokması vakalarının ortalama yaşı ise 10.55±4.77 idi. Grupların ortalama yaş dağılımları arasında istatistiksel anlamlı farklılık yoktu. Akrep sokması olgularının % 68.2'si yaz aylarında görülmüş olup en sık başvuru ayı ise ağustos idi (Şekil 1). Yılan sokması olgularının 3'ü ilkbahar 3'ü yaz 3'ü de son bahar mevsiminde görüldü.

Şekil 1. Olguların mevsimsel dağılımı



Akrep sokması olguları en sık ayak bölgesinden etkene maruz kalırken (% 63.6) yılan sokması olguları en sık kol bölgesinden (% 55.6) etkene maruz kalmıştı (Şekil 2).

Şekil 2. Olguların etkene maruz kaldıkları vücut bölgeleri





Akrep sokması olguların % 77.3'ü etkene gündüz saatlerinde maruz kalırken yılan sokması olgularının da % 88.9'u etkene gündüz saatlerinde maruz kalmıştı.

Olguların tamamı şifayla taburcu edilirken hiçbir olguda ek bir komplikasyon ve olumsuz klinik bir sonuç görülmemiştir. Olguların 23'ünde başvuru şikayeti ciltte kızarıklık ve hassasiyet iken bir olguda bayılma, bir olguda baş dönmesi başvuru şikayeti idi. Altı olguda başvuru anında maruziyet dışında herhangi bir şikayet yoktu. Kardiyotoksik olan akrep zehiri ve hemototoksik olan yılan zehirine karşı bakılan CK-MB (kreatinin kinaz miyokard bandı), Troponin I, PT-INR (protrombin zamanı international normalized ratio) ve APTT (parsiyel tromboplastin zamanı) değerleri ortalaması normal sınırlardaydı (Tablo 2).

**Tablo 2.** Olgular laboratuvar bulguları

	Akrep sokması	Yılan sokması	*p değeri
<b>PT-INR</b>	1.18±0.56	1.05±0.11	0.501
<b>APTT (saniye)</b>	27.03±2.47	26.08±3.60	0.835
<b>CK-MB (ng/ml)</b>	3.89±3.48	3.14±3.61	0.592
<b>Troponin I</b>	0.04±0.01	0.005±0.01	0.956
<b>Genel çocuk servisi yatış süresi/gün</b>	2.36±1.36	5.44±4.09	0.003
<b>Yoğun bakım yatış süresi /gün</b>	0.31±0.64	2.22±2.86	0.005

\*:Bağımsız örneklem T testi; INR: Protrombin zamanı international normalized ratio; CK-MB: Kreatinin kinaz miyokard bandı; APTT: Parsiyel tromboplastin zamanı

Olguların tetkiklerinde kardiyak biyobelirteçler CK-MB ve Troponin I ortalamaları normal değerlerde idi. Yılan sokması olgularının ortalama hastanede ve yoğun bakımda yatış süreleri akrep sokması olgularına göre anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo 2).

### Tartışma

Akrep ve yılan sokmaları Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde sık olarak karşımıza çıkmaktadır (4,6,7). Şanlıurfa'da daha önce Arslan ve ark. (9) tarafından yapılan çalışmada kız çocuklarında akrep sokması vakaları daha sık görülmüştür Koyuncu ve ark. (10) tarafından Şanlıurfa'da 2015 yılında yapılan başka bir çalışmada Akrep sokmalarının %53.4'ü kız, %46.6'sı erkek olup olgular en sık %59.9 oranında yaz mevsiminde görülmüştür. Yine bu çalışmada en sık alt ekstremiteden etkene maruz kalındığı görülmüş ve en sık başvuru şikayeti de maruz kalınan bölgede lokal ağrı şişlik olmuştur. Bizim çalışmamızda da benzer olarak akrep sokması olgularının %59.1'i kız, %40.9'u erkekti. Benzer şekilde çalışmamızda olgular en sık yaz mevsiminde görülmüş olup en sık alt ekstremiteden etkene maruz kalındığı görülmüş ve olguların en sık başvuru şikayeti de maruz kalınan bölgede ağrı ve şişlik olmuştur. Zehirli akrep türlerine göre zehirli yılan türlerinin ülkemizde daha az görülmesine karşın yılan sokması olgularının akrep sokması olgularına göre ortalama hastanede ve yoğun bakımda anlamlı olarak daha uzun süre yatmıştı. Bu farklılığın sebebi olarak yılan sokması olgularının şişlik, kızarıklık, ağrı gibi lokal şikayetlerinin daha şiddetli olmasından ötürü olabileceği düşünülmüştür.

### Sonuç

Zehirli akrep ve yılan türlerinin Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde sık görülmesinden dolayı özellikle yaz aylarında çocuk acil kliniğine bu olguların sık başvurabileceği akılda tutulmalıdır. Çocuk

acil kliniğinde akrep ve yılan toksinlerine karşı tedavide kullanılan antitoksin serumların bulundurulması takip ve tedavide büyük önem arz etmektedir.

#### **Kaynaklar**

Okur MI, Yıldırım MA, Köse R. Venomous snakebites and its therapy in Turkey. *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2001;21(6):528-32

Yüksel A, Ergin E, Barışık V. Development of acute renal failure and disseminated intravascular coagulation after snakebite. *Firat University Medical Journal of Sciences* 2009; 23(1):37-9.

Köse R. [Treatment of snake poisoning: examination of twenty-one cases]. *Turkish Journal of Trauma and Emergency Surgery* 2007; 13(4):307-12.

Anıl AB, Anıl M, Kara OD, Bal A, Özhan B, Aksu N. Mannitol therapy in three cases with severe edema due to snakebite: case report. *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2011;31(3):720- 3.

Ozkan O, Kat I. *Mesobuthus eupeus* scorpionism in Sanliurfa region of Turkey. *J. Venom. Anim. Toxins incl Trop Dis.* 2005;11(4):479-91.

Karataş A. *Mesobuthus caucasicus* (Nordmann, 1840) (Scorpiones: Buthidae) in Turkey, *Euscorpium. Occasional Publications in Scorpiology*, 2005;25:1-7.

Canpolat M, Per P, Gümüş H, Narin N, Kumandaş S. Convulsions as a rare complication of scorpion bite. *Erciyes Medical Journal* 2008;30:175- 9.

Razi E, Malekanrad E. Asymmetric pulmonary edema after scorpion sting: a case report. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* 2008;50:347-50.

Arslan S.O, Kösecik M, Ocak Y.V: Şanlıurfa'da 1990-1996 yılları arasında görülen zehirlenme olaylarının genel değerlendirilmesi *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi* 1998; 5(4): 264-70.

Koyuncu E, Balcı O, Kılıç A, et al. Çocuk Acil Servisine Akrep Sokması Nedeniyle Başvuran Olgularının Değerlendirilmesi *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2015; 12(3): 348-55.

**MADDE BAĞIMLILIĞINA NEDEN OLAN İLAÇLAR ETKİ MEKANİZMALARI, AİLE VE TOPLUMUN ETKİLERİ****Yasemin AĞAOĞLU**

Kavram Meslek Yüksek Okulu İstanbul, yasemin.agaoglu@kavram.edu.tr

**Özet**

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de madde bağımlılığı özellikle 13-18 yaş arası ergenleri tehdit eden ve gittikçe yaygınlaşan bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Madde bağımlılığı kişisel bir sorun olmanın ötesinde toplumsal bir sorun olarak ele alınmalıdır. Çünkü madde bağımlılığı sadece kullanan kişiyi değil, kişinin bulunduğu sosyal çevredeki bireyleri ve ailelerini de yakından ilgilendirmektedir.

Bu çalışmamızda madde bağımlılığına neden olan ilaçlar, bu ilaçların sinir sistemi ve beyin de ne gibi hasarlara neden olduğu ve bu hasar sonucunda ortaya çıkan davranış bozuklukları irdelenmektedir. Bu davranış bozukluğu sonucunda bireylerin aile ve toplumda ki yerleri bunlara etkileri de incelenmektedir.

Madde bağımlılığı büyük bir sağlık sorunu olmanın yanı sıra; trafik kazaları, intihar, suç yönelme, saldırganlık, depresyon, psikolojik bozukluk, davranış bozukluğu, aile parçalanması, iş hayatının bozulması, meslek kayıpları ve diğer ekonomik problemler gibi, bireye ve topluma pek çok zararları olan toplumsal bir sorundur. Madde kullanmaya başlayan kişilerin başlangıç şekilleri ve nedenleri farklılık göstermekte olup kullanım yaşı gün geçtikçe küçülmektedir. Madde bağımlısı olan kişiler ilgili yapılan çalışmalarda bu kişilerin küçük yaşta ağrı kesiciler, öksürük şurupları gibi narkotik ilaçlar ile başlangıç yaptıkları da gözlemlenmiştir. Ebeveynlerin dikkatsizlikleri veya eksik bilgiye sahip olmaları bu süreci hızlandırmakta ve çocuklarının günden güne daha farklı maddeler kullanarak bağımlılıklarını ilerlettiklerini görememektedirler. Çocuklarının bu durumunu fark eden bazı aileler çözüm ve çare yolları ararken bazı aileler ise maddi imkansızlık ve ya mahalle baskısı nedeniyle çocuklarını hazin sonlarına terk etmektedirler. Bağımlı kişiler için de durum, trajik ve kurtuluş yolu yok gibi gösterilmekte, kurtulsalar bile toplumda yeniden bir birey olarak yer edemeyecekleri düşündürülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Bağımlılık, İlaç, Etki, Aile**MEDICATIONS WHICH HAVE ADDITIONAL ADDICTION EFFECTIVE MECHANISMS, FAMILY AND SOCIETY EFFECTS****Abstract**

Just as it is in the whole world, drug addiction in our country is a problem that threatens the adolescents especially between the ages of 13 and 18 and becomes increasingly common problem. Substance dependence should be considered as a social problem beyond being a personal problem. Because substance dependence is not only about the person who uses it but also about the individuals and their families in the social environment where the person is.

In this study, the drugs causing the substance dependence, the damage of the nervous system and the brain of these drugs, and the behavioral disorders resulting from this damage are examined. As a result of this behavior disorder, individuals' place in family and society and their effects are examined. Substance dependence is a major health problem; such as traffic accidents, suicide, aggression, depression, psychological disorder, behavioral disorder, family disruption, deterioration of business life, occupational losses and other economic problems. The starting patterns and the reasons for starting to use drugs vary and the age of use is getting smaller day by day. Drug addicts have also been observed to have started on narcotic medications such as painkillers and cough syrups at a young age. Parents' carelessness or lack of knowledge accelerates this process and they can not see their children improving their dependence by using different substances from day to day. Some families who are aware of this condition of their children are looking for solutions and remedies while some families are leaving their children at the end of the treasury due to material impossibility or neighborhood pressure. For dependent persons, the situation is shown as tragic and there is no way of salvation, even if they are liberated, they will not be able to reside as an individual in the society.

**Key Words:** Addiction, Drug, Effect, Family

### **Giriş**

Uyuşturucu kullanan birey sayısı, tüm dünya’ da olduğu gibi ülkemizde de hızla artmaktadır. Başlama nedenleri toplumlara ve bireyin yaşam koşullarına göre değişiklik gösterse de asıl amaç çoğunlukla sıkıntıdan uzaklaşmak ve rahat bir duygu içinde bulunmaktır. Dertlerinden kaçmak isteyen kişilerin başvurduğu ilk yol; alkol, sigara veya arkadaş ortamına göre uyarıcı-uyuşturucu maddelerdir. Bireyin yaşadığı çevre, aile içi yaşam ve kişinin kendi ile ilgili iradesi bireyi bu maddelere itmektir. Uyuşturucu madde veya uyarıcı maddelere bağımlı olmak için bireyin bir kez bunu denemesi yeterlidir. Çünkü bu maddelerin yapılarında buluna kimyasallar direk beyni etkilemektedir. Özellikle beynimizde bulunan ve ödül merkezi olarak adlandırılan bölge etkilenmektedir. Dopamin ve Serotonin salgısı üzerinde etki göstererek kişinin haz duymasını, rahatlamasını ve kendini ödüllendirmesini sağlamaktadır. Bu durum sinir sistemi başta olmak üzere bireyin tüm biyolojik fonksiyonlarını bozmaktadır. Ailelerin çoğu çocuğunun bağımlı olduğunu farkedememekte ve öğrendikten sonrada kontrolü eline alamamaktadır. Bunun en büyük nedeni ya maddi zorluklar ya da ailenin toplum baskısı altında kalarak evledini dışlamış olmasıdır.

Tek başına bırakılan birey, madde ihtiyacını giderebilmek için birçok yol denemekte ve sonuçlarını düşünmemektedir. Çünkü ihtiyacı olan tek şey kullandığı maddeyi temin ederek kendini ödüllendirmesidir. Bunun içim girdiği tüm yollar doğru sonuçları da onun için önemsizdir.

Bu süreç sonucunda ise hem birey, hem ailesi hem de toplum her anlamda olumsuz etkilenmektedir. Bir bağımlı bireyin zararı sadece kendine değil bulunduğu ortama, ailesine ve ülkesine de olmaktadır. Ülke ekonomisi etkilenir, toplumsal anlaşmazlıklar ortaya çıkar. Ayrıca ülkede ki suç oranının artmasında bağımlı bireylerin payı oldukça yüksektir.

### **Uyuşturucu Madde**

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre uyuşturucu “sağlık nedenleriyle alınanların dışında, yaşayan organizmaya alındığında, organizmanın bir ya da birden çok işlevini değiştirebilen herhangi bir maddedir”.(1)

Yunanca uyku anlamında ki "narke"den gelen ve İngilizce'ye "narkotik" olarak geçen uyuşturucu sözcüğü, uyuşturma özelliği olan, uyuşturan, duymaz hale getiren demektir. Kimyasal nitelikleriyle, insan yapısında fiziki ve psikolojik bağımlılık meydana getiren, ruhsal durumu, bedeni ve zihni faaliyetleri etkileyerek değiştiren, kötüye kullanılması halinde toplum yapısını büyük ölçüde tahribe sebep olan tabii ve kimyasal maddelerdir. Uyuşturucu madde kavramı genellikle, uyuşturma özelliğine sahip maddeleri ifade eder. Ancak, keyif veren, kışkırtan, yatıştıran, uyanıklık sağlayan kimi maddeler içinde kullanılmıyor bu kavram. Uyuşturucu maddeler; merkezi sinir sistemini etkileyerek kişinin ruhsal ve fiziksel dengesini bozan ve fiziksel ve ruhsal bağımlılığa yol açan; kişisel ve toplumsal açıdan da ekonomik ve sosyal çöküntü oluşturan maddelerdir.(2)

Bazı görüşlere göre de; belirli dozda alınır; yine kullanan kişinin sinir sistemi üzerinde etki ederek, akli, fiziki, psikolojik ve biyolojik dengesini bozan, birey ve toplum içerisinde ekonomik ve sosyal çöküntü meydana getiren, bağımlılık yapan, yasaların ve kanunların kullanılmasını, bulundurulmasını ayrıca satışını yasakladığı narkotik ve psikotrop kavramları ile de tanımlanan maddelere "UYUŞTURUCU MADDE" denir.

"Uyuşturucu Madde" (Narkotik) ve psikotrop kelimeleri akli faaliyeti ve ruhsal durumu yavaşlatan veya hızlandıran etki gösteren bir dizi maddeleri kapsar. Bu faaliyeti yavaşlatan maddeler(merkezi sinir sistemini uyuşturan depresanlar) olarak bilinirler. Sonuç olarak bu maddeler ağrı dindirmek için, sinirsel heyecanı bastırmak veya sinirsel bozuklukları sınırlamak için veya endişe gidermek için kullanılan faydalı, doctor tarafından kullanılması uygun görülen tıbbi uyuşturuculardır. Diğer uyuşturucular, akli faaliyetleri zıt yönde etkilerler. Örneğin; bunlar heyecan halleri meydana getirirler. Bu sebeple bu maddelerin tembih edici etkileri olduğu söylenir. Bunlar tedavi amaçları ile sadece zihni faaliyetin canlandırılması ve faaliyetlerin artırılması gerektiği zaman örneğin; açlık hissini giderici maddelerle aşırı şişmanlığın tedavisinde kullanılırlar. Ancak bazı maddeler vardır ki etkisi çok kuvvetli olmasına rağmen tıbbi açıdan kullanımları yoktur veya sınırlı sayıda kullanılırlar. Bu maddeler "halisinojen" maddelerdir. Bu maddeler hayaller ve evhamlar meydana getirmede kullanılan maddelerdir. Bu maddelerin en bilineni Hint Keneviridir.(3)

Uyuşturucu maddelerin bazıları tedavi amacıyla bazıları ise sadece keyif verici veya uyarıcı etkileri olduğu için kullanılmaktadır. Tedavilerde doctor onayı ile kullanılan ilaçlar, doktor kontrolü dışında sırf keyif verip sakinleştirici etki gösterdiği için kötüye kullanılmaktadır. Bu kullanım akabinde bağımlılığa yol açmaktadır. Günümüzde en gelişmiş ülkelerden başlayarak geri kalmış ülkelere kadar yaygın olarak uyuşturucu madde kullanılmaktadır. Bazı ülkeler de bu maddelerin kullanılmasında ve taşınmasında hatta özellikle satılmasında ağır cezalar uygulamaktadır. Bazı ülkelerde ise bu belirli maddeler belirli gramlarda serbest ve yasal olarak satılmaktadır.( 4) TCK, uyuşturucu maddeleri kanunda tanımlamış bu tür maddelerin tespit edilmesi için genişletici yorum yapılmasına imkân tanımış, her geçen gün sayıları ve çeşitleri artan uyuşturucu maddeleri genel olarak sınırlandırmayarak uygun bir düzenleme getirmiştir. Yargıtay açısından bakıldığında; suçun maddi konusunu oluşturan maddenin uyuşturucu olup olmadığı konusunda şüphe olduğu durumlarda, bilirkişilik kararlarına göre adli tıp kurumu yardımıyla maddenin bu kapsamda olup olmadığının tespit edilmesi gerektiği belirtilmektedir. TCK, uyuşturucu maddeleri tanımlamamış ve sınırlandırmamış, ancak 188. maddesinin 4. fıkrasında, uyuşturucu maddenin türünün eroin, kokain, morfin ve baz morfin olmasını cezayı artıran bir neden olarak öngörmüştür.(5)

### Uyuşturucunun Tarihi

Uyuşturucu Kullanımı 10 Bin Yıl Önceye Uzanır Taiwan'da 10 bin yıl önceden kalan seramiklerin bazılarında o dönemden kalma hintkeneviri (marijuana) izleri bulundu. Çin İmparatoru Shen Neng'in M.Ö. 2737'de hazırlattığı bir belgede romatizma, gut ve unutkanlığa karşı hintkeneviri önerilmişti. Hindistan'da M.Ö. 1500'lerden kalan "Atharvaveda" dokümanında, hintkeneviri tedavi amaçlı kutsal bitki olarak anılır. Sümerler, 5400 yıl önce keyif verici olarak kullandıkları haşhaşa "HUL.GİL" yani keyif bitkisi diyordu. Mısır'da haşhaş üretimi M.Ö.1300'lerde başladı ve Akdeniz yoluyla Avrupa'ya yayıldı. Kıbrıs, M.Ö. 1100'de haşhaşla tanıştı. Büyük İskender'in orduları M.Ö. 330'da haşhaş alışkanlığını İran ve Hindistan'a taşıdı. Haşhaşın, Çin'e ulaşması M.S. 400'lerde Arap tüccarlar kanalıyla gerçekleşti. Peru'da koka bitkisinin yapraklarını çiğneme alışkanlığı M.Ö. 6000'e uzanıyor. Peru'da 3000 yıllık mumyalarda koka bitkisi kalıntıları bulundu. İnkalar koka bitkisini, tanrısal saydığı için sadece asiller ve bürokratlar bu bitkiyi ekebilirdi.(6) Mezopotamya'dan dünyaya yayıldığı düşünülen afyonu Sümerlerden sonra İranlılar ve Mısırlılar kullanmaya başlamış, özellikle Mısırlılar tarafından afyonun Avrupa'ya yayıldığı ve ilk olarak Yunanlıların bu maddeyi öğrendikleri anlaşılmıştır. Eski Yunan rüya tanrısı Murpheus'un sembolü afyon meyveleridir. Milattan bir asır sonra yaşayan müellif Dioskoridis afyonun hammaddesi olan haşhaşın yaprak ve kellerinin uyku getirdiğini, sütünün ağrı ve sızları kestiğini, hazmı kolaylaştırdığını, ancak fazla oranda alındığında baygınlık ve ölüme yol açtığını belirtmiştir. Homeros Odyscia'sında afyonun etkisini anlatırken; "Kim bu ilacı içerse artık gözyaşı dökmez. Hatta babasının, dostunun ya da sevgili oğlunun gözlerinin önünde öldüklerini bile görse umursamaz" demiştir. Hippokrates, afyon üstüne yazdığı kitabında bu bitkinin mesane hastalıklarında, histeride ve ishallerde kullanılmasının faydalı olduğundan, ağrıları, sızları giderici etkilerinden bahsetmiştir. Morfin ilk kez 1803 yılında afyonun terkibi analiz edilerek bulunmuştur.

Eczası kalfası olan 21 yaşındaki Adam Sertürner 1817 yılında bulduğu maddeye morfin adını vermiş ve morfini önce kendi üzerinde denemiştir. Morfin saf halde hemen hemen hiç kullanılmaz, çünkü suda erimez, kullanılan onun çeşitli asitlerle yaptığı tuzlardır. Saf kristal morfine "Baz morfin" adı verilir. Morfinin uyuşturucu madde olarak yayılmasında deri altı şırınga aletinin 1853 yılında icat edilmesi büyük rol oynamıştır.

Inkaların Perutrda koka adı verilen bitkiyi yetiştirip yapraklarını yaralarda kullandıkları, Güney Amerika'da yerlilerin koka yapraklarını çiğneyerek yorgunluklarını giderdikleri bilinmektedir. Kokaini ilk keşfeden 1859 yılında Alman kimyager Niemann Goetingenzt'rdir. Menşei Güney Amerika olan bu uyuşturucu madde daha sonra, kullanılması taşınması ve gizlenmesi eroin gibi kolay olduğundan süratle diğer ülkelere yayılmıştır.

Önceleri tedavi amacıyla 1920 yılında laboratuvarlarda elde edilen amfetamin Ve türevleri nezleye karşı kullanılmış, 1938 yılında İsveç'te piyasaya sürülmüş aşırı yorgunlara, yaratan işlerde çalışanlara tavsiye edilen bu sentetik ilaç, 1944 yılından sonra alışkanlık yaptığı ve zararlı etkilerinin görülmesi ile, uyuşturucu maddeler listesine alınmıştır. 1938 yılında Albert Hofman tarafından elde edilen LSD adlı madde insanda hayal gücünü arttıran. zekayı takviye eden, cinsel gücü arttıran bir ilaç

olarak piyasaya sürülmüşse de, daha sonra alışkanlık yaptığı ve kişiyi çıldırtma, intihar ve ölümlere sürüklediği görülmüş ve yasaklanmıştır.(7)

### **Bağımlılık**

Bağımlılık kişinin bir maddeyi sürekli tüketme ya da bir hareketi devamlı yapma ihtiyacını hissetmesi ve bu ihtiyaca karşı koyamamasıdır. Bağımlılık kompulsif (zorunlu) hareketlerden farklıdır. Genelde kompulsif bir eylemin öncesinde kişinin harekete geçmesine neden olan saplantılı, müdahaleci düşüncelerken, bağımlılığın oluşmasına takıntılı düşünceler değil alışkanlıklar öncülük eder.(8)

### **Bağımlılık Türleri**

Bağımlılık yapan maddelerin farmakolojik profili, bağımlılığa eşlik eden psikolojik ve fiziksel bağımlılığın nitelikleri ve çeşitli yönleri, kötüye kullanım ve bağımlılığın yol açtığı kişisel, toplumsal ve halk sağlığı ile ilgili zararların boyutu, bağımlılık yapan madde grupları arasında değişiklik gösterir. Bu farklılıklara dayanarak Dünya Sağlık Örgütü'nün İlaç Bağımlılığı Uzman Kurulu bağımlılık tiplerini aşağıdaki gibi tanımlamıştır.(9)

Opyat Tipi Bağımlılık,Alkol, Barbütürat, Benzodiazepin Tipi Bağımlılık, Esrar Tipi Bağımlılık, Kokain Tipi Bağımlılık,Uyarıcı Tipi Bağımlılık,Hallusinojen Tipi Bağımlılık,Solunan Çözücü Tipi Bağımlılık,Tütün Tipi Bağımlılık

### **Madde Bağımlılığı Nedir?**

Bir maddenin belirgin bir etkiyi elde etmek için alınması sürecinde ortaya çıkan bedensel, ruhsal ya da sosyal sorunlara rağmen madde alımının devam etmesi; bırakma isteğine rağmen bırakılmaması, aynı etkiyi elde edebilmek için giderek madde miktarının artırılması ve maddeyi alma isteğinin durdurulamaması durumudur.(10)

### **Uyusturucu Çeşitleri ve İnsan Vücudu Üzerindeki Etkileri**

Vücuttaki faaliyetlerin meydana gelmesi beynin emir vermesi ile başlar. Beynin emirlerinin iletilmesi ise sinir sistemi ile sağlanmaktadır. Beyin, oldukça karmaşık ağlar ve milyarlarca sinir hücrelerinden oluşmaktadır. Bu ağ ve hücreler devamlı birbirleri ile bağlantı içindedirler. Tek bir hücrenin bile uzantıları bulunmakta bu uzantılar sayesinde diğer hücreler ile iletişime geçilmekte ve hücrelerden sinyaller alınmaktadır. Bu ilişki anında hücreleri birbiri ile ayıran ufak boşlukların aşılması gerekir. Farklı iki sinir hücresi (sinapslar) birbiri ile bağlantı kuracağı zaman bir kimyasal üretilir. Sinapslarda, sinyali ileten akson ucu ve sinyali alan dendrit birbirine değmez. Aksonda üretilen kimyasal iki hücre arasındaki boşluğu aşarak diğer hücreye ulaşır. Ulaştığı hücreyi aktif hale getirir ya da pasifleştirir. Ardından kimyasal yollayan hücre yolladığı kimyasalı geri alır. Aynı zamanda beyinde elektriksel ileti de gerçekleşmektedir. Kimyasal iletimde rol oynayan maddeler nörotransmitterler olarak adlandırılmaktadır. Bu nörotransmitterler çeşitli şekillerde hissetmemize neden olurlar. Buna örnek olarak; mutlu, mutsuz, iyi, kötü, uykulu, uykusuz gibi hislerimiz bu kimyasal maddelere bağlıdır. Yaşadığımız olaylar, heyecanlarımız, düşüncelerimiz beyine protein olarak şifrelenir. Bütün bu bilgiler kimyasal ve elektriksel olarak kodlanmaktadır. Nörotransmitter maddelerinin azalması veya çoğalması bu işlevlerin aksamasına neden olabilir.

Sinapslar (sinir hücreleri) arası iletimdeki bozukluklar, anlık ve kısa süreli de (akut) olsa, uzun süreli (kronik) de olsa yıkıcı sonuçlar doğurabilmektedir. Alzheimer, otizm, epilepsi gibi nörolojik hastalıklar ve şizofreni, depresyon, anksiyete gibi psikiyatrik beyin kökenli birçok hastalık beynimizdeki sinirlerin çeşitli nedenlerle hasar görmesi sonucunda oluşmaktadır.

Şimdiye kadar nörotransmitter olarak fonksiyon gösteren 100 civarında kimyasal madde belirlenmiştir. Günümüzde serotonin, noradrenalin (norepinefrin), dopamin, endorfin, oksitosin, vazopressin, asetilkolin, GABA, histamin gibi sinirlerimizde görev alan birçok kimyasalın işlevi bilinmektedir.(11)

**Dopamin:** Dopamin; beyindeki sinir hücreleri arasındaki sinyalleri taşıyan, beyindeki siyah cisim anlamında gelen “substantia nigra”, hipotalamus ve ön tavan bölgelerinde doğal olarak üretilen; vücudun istemli hareketlerini, hafızayı, konsantrasyonu, öğrenmeyi, mutluluğu ve hazzı etkileyip kontrol edebilen bir nörotransmitter olarak tanımlanabilir. İlk defa 1910 yılında George Barger

tarafından Londra'da sentezlenen dopaminin, nörotransmitter olarak tanımlanması 1958 yılında gerçekleşmiştir.(12)

Dopamin, duyguları, hareketleri, zevk ve acı algılarını etkileyen beyin kimyasalıdır. Dopamin nörotransmitterleri beyin derin orta bölgesinde, substantia nigra denilen yerde bulunur. Var olan beş dopamin reseptörlerinden her hangi biri düzgün şekilde çalışmaz ise, Parkinson, şizofreni ya da ADHD gibi hastalıklar baş gösterebilir. (13)

Dopamin, duyguları, hareketleri, alınan hazzı ve acıyı tetikleyen kimyasaldır. Beyin içinde olan sinyaller, vücudun hareketlerini kontrol eder. Sinir hücreleri sayesinde kimyasallarla bu sinyaller verilir. Sinir hücreleri arasında olan kimyasallara nörotransmitter denilir. Bunların arasında en önemli olanı, dopamindir. Tatlı yediğinizde, cinsellikte dopamin salgısı oluşur. bu durumda beyniniz haz almanızı sağlar.

-Sigara, kokain gibi bağımlılık yapan ürünler dopaminin hücreler tarafından emilmesini engeller. Sinir uçlarında dopamin birikmesi yaşanır. Bu noktada bağımlılık oluşur. Dopaminin fazlalığını beyin haz olarak hisseder ve haz için sürekli bu maddeleri ister.

Kısa süreli olarak hafızayı geliştiren dopamin, fazlası ve azlığında hafızaya zarar verir.(14)

### **GABA (Gamma-Aminobutirik Asit)**

Doğrudan kişiliği ve stres yönetme yeteneği etkiler. Beyinde bir inhibitör (nörotransmitter) olarak da kullanılabilir. Eğer uykuya dalmak veya uykuda kalmak için mücadele varsa, GABA kişinin gevşemesine yardımcı olur, "Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi"nde yayınlanan bir çalışma, 60 dakikalık bir yoga seansının ardından, yogiler arasında GABA düzeylerinde yüzde 27'lik bir artış tespit edildiğini ortaya koyuyor. Çalışma, yoganın doğal GABA seviyelerini artırabileceğini düşündürüyor.(15)

stresle ilgili mesajların merkezi sinir sistemindeki reseptör alanlarına ulaşmasını engelleyerek normal beyin fonksiyonunu teşvik etmeye yardımcı olan, gerekli bir amino asittir . GABA vücutta başka bir amino asit, glutamik asit ile ilintilidir. GABA aslında vücutta bir sakinleştirici olarak görev yapar.(16)

**Serotonin:** Doğal bir duygudurum dengeleyici olarak da bilinen serotonin hormonu motor becerilerimizden duygusal dengemize, uyku düzenimize, yeme alışkanlıklarımıza ve sindirim düzenimize kadar birçok farklı şekilde etkisini gösterir. Vücudumuzda sağlıklı düzeyde salgılanan serotonin hormonu; depresyon ve anksiyete bozukluğunun azalmasına, yaraların iyileşmesine, sindirim sisteminin daha verimli çalışmasına yardımcı olur.(17)

Serotonin bir nörotransmitterdir. Yani sinir hücreleri arasında elektrik sinyallerini taşımakla görevlidir. Bunlar bir sinir hücresinden aldıkları elektrik sinyalini diğerine aktararak, beyin çalışmasında hayati rol oynarlar. Serotonin beyinde salgılanır ve vücudun çeşitli noktalarında üretilir. Genelde merkezi sinir sisteminde ve mide-bağırsak kanalında bulunur. Merkezi sinir sistemindeki serotonin ruh hâlini, uykuyu, iştahı, öğrenmeyi, hafızayı, cinsel ve sosyal davranışları düzenlemeye yardım eder. Mide-bağırsak kanalındaki serotonin ise sindirimi düzenlemekle görevlidir. (18)

**Endokannabinoidler:** Kendilerine özgü reseptörler üzerinden beyinde nörotransmitter salınımını baskılayan, hücre içinde kannabinoid reseptörleri aktive eden çeşitli kimyasal bileşiklerin bir sınıfıdır. > Endokannabinoidler □ İnsan vücudunda üretilirler (anandamide gibi) > Fitokannabinoidler □ Kannabis bitkisinde bulunurlar (THC gibi) > Sentetik kannabinoidler □ (JWH HU gibi)

Kannabinoid reseptörleri kompleks endokannabinoid sistemin bir parçasıdır ve CB1 ve CB2 olmak üzere 2 adet kannabinoid reseptörü saptanmıştır. □ CB1 ve CB2 Adenil siklaz aktivitesini baskılayan G proteinine bağlı reseptörlerdir.

**CB-1 Reseptörleri;**Korteks ve hipokampusta bulunan reseptörler öğrenme ve bellek üzerindeki etkileri ile □ Bazal gangliyonlar ve serebellumdaki reseptörler motor fonksiyonları bozucu etkileri ile □ Nükleus akkumbens ve ventromedial striatumdakiler ise bağımlılık yapıcı etkiler ile ilişkilendirilmiştir.(19)

### **Madde Bağımlılığın Etki Mekanizması**

Uyuşturucu maddeler merkezi sinir sistemini etkileme duruma göre gruplara ayrılır. Bunlar; Merkez sinir sistemine narkotik olarak etki edenler: Bunlar; morfin, eroin vb.'dir. Merkez sinir sistemine depresan olarak etki edenler. Bunlar; alkol, barbutira, trankilizan, diazem vb.'dir. Merkez sinir sistemine uyarıcı olarak etki edenler. Bunlar; kokain, amfetamin vb.'dir. Merkez sinir sistemine halüsinojen olarak etki edenler. Bunlar LDS, meskalina, esrar vb.'dir.(20)

**Merkezi Sinir Sistemi:** Uyuşturucuların en büyük zararı beyin ve merkezi sinir sistemi üzerindedir. Kişiyi normal düşünce ve davranışlardan uzaklaştırır. Hafıza kaybı, konuşma bozuklukları, uykusuzluk, uygun olmayan davranışlar, zekâ azalması, ses ve ışık halüsinasyonlarına sık rastlanır.

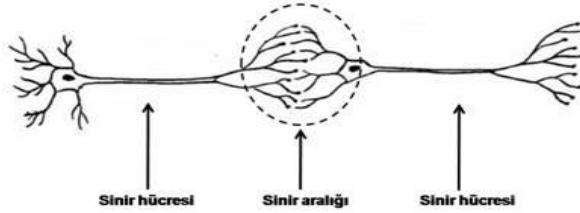
**Sindirim Sistemi:** Bulantı, kusma, sürekli karın ağrısı, ishal bazen kabızlık, bağırsak ve mide spazmları görülür.

**Böbrek ve Karaciğer:** Uyuşturucular karaciğerde metabolize edildikten sonra böbrekler yoluyla organizmadan ayrılır. Sürekli kullanım karaciğer ve böbrek yetersizliğine neden olur.

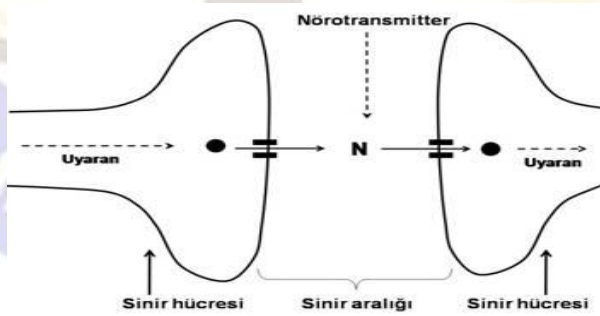
**Göz ve Görme Bozukluğu:** Gece körlüğü, fazla ışıktan rahatsız olma, zamanla göz sinirlerinin zarar görmesi sonucunda kalıcı körlük gelişir.

**Solunum Sistemi Zararları:** Nefes darlığı, öksürük, solunum felçleri gelişir.(21)

#### Uyuşturucu Maddelerin Sinir Sistemi Üzerindeki Etkileri

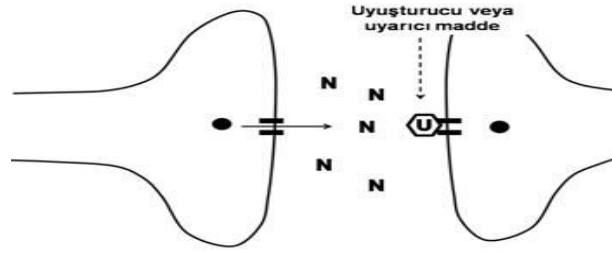


Bedenimizdeki tüm hareketler, duyumlar sinirler aracılığıyla oluşur. Sinirlerimiz, sinir uçlarından haberleşir.

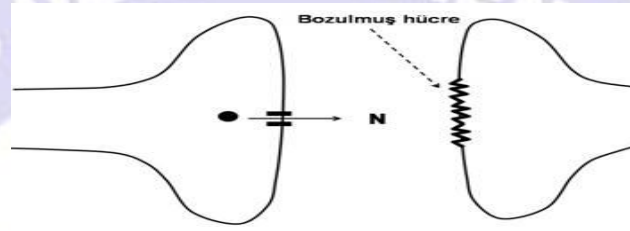


Bir sinirden gelen uyarı, diğerine nörotransmitter (N) adı verilen uyuşturucu maddelerle taşınır. Böylece bir sinirden gelen uyarı diğerine geçer.





Uyuşturucu veya uyarıcı uyuşturucu maddeler alındığında, bu uyuşturucu madde sinir uçlarında haberleşmeyi engeller. Bunun sonucu sinir aralığındaki nörotransmitter uyuşturucu maddeleri artır. Böylece uyuşturucu veya uyarıcı uyuşturucu madde etkisini gösterir.



Ancak uyuşturucu veya uyarıcı uyuşturucu madde kullanılmaya devam edince sinir uçlarının yapısı bozulur ve iletişim düzensiz hale gelir. Bunun sonucu birçok hastalık oluşmaya başlar.(22)

Doktor Jodi Gilman ve çalışma arkadaşlarının, Harvard ve Northwestern üniversiteleriyle ortak olarak yürüttüğü madde bağımlılığının beyinde yarattığı zararlar çalışması Amerika'da oldukça ses getiren bilimsel bir araştırma olmuştur.

Araştırmaya göre, beyin taraması yapılan 18-25 yaş aralığındaki 40 kişide esrar uyuşturucu kullanımının beyin zevk, sancı ve motivasyonla ilgili "nucleusaccumbens" bölgesinin yoğunluk, hacim ve şekil itibari ile anormallik gösterdiğini ispatladı. Duygu, hafıza ve korku durumlarının işlendiği bölge olan "amigdala"da da benzer değişiklikler gözlemlendi. Araştırmaya katılan deneklerin kullanım oranlarıyla, beyin taramalarına bakıldığında şaşırtıcı bir gerçek daha ortaya çıktı; uzun süre marihuana (hintkeneviri, esrar) uyuşturucu maddesini kullanan kişilerde beyin hasarının daha çok olduğu, öğrenme zorluğu ve ruh sağlığı problemleri görülme riskinin de arttığı anlaşıldı. Araştırmaya katılan haftada bir ya da iki defa kullanan kişilerde de beyin değişiklikleri gözlemlendiği belirtiliyor. Uyuşturucu madde kullanan kişilerin davranışları ve nöropsikolojileriyle ilgili araştırmaların süreceği belirtilirken, üç yıl boyunca uyuşturucu madde kullanan kişiler bıraktıklarında dahi iki sene boyunca beyin öğrenme ile ilgili bölümünde değişikliklerin gözlemlendiği sonucuna varıldı. Daha önce yapılan çalışmalardan farklı olarak, araştırmada çalışma bellekteki kalıcı değişimler incelenmiştir.(23)

#### **Uyuşturucu Maddelerin Sınıflandırılması :**

Uyuşturucu maddeler elde edildiği kaynağa göre doğal (tabii) ve sentetik olmak üzere ikiye ayrılır. İnsan vücudu üzerinde yaptıkları etkilere göre ise de aşağıdaki şekilde sınıflandırılmaktadır:

#### **A. Merkezi Sinir Sistemini Yavaşlatanlar (Depresanlar):**

1. **Tabii Uyuşturucular;** Afyon, Morfin, Eroin, Kodein
2. **Sentetik Uyuşturucular;** Barbitüratlar, Trankilizanlar, Sedatifler

#### **B. Merkezi Sinir Sistemini Uyananlar (Stimülanlar):**

1. **Tabii Uyuşturucular;** Koka yaprağı, Kokain, Crack
2. **Sentetik Uyuşturucular;** Amfetaminler,

#### **C. Halusinojenler (Hayal Gösterenler):**

1. **Tabii Uyuşturucular;** Esrar

## 2.Sentetik Uyuşturucular; LSD, Likit Esrar, Marihuana, Meskalin

**Afyon:** Afyon, haşhaş kozasının çentiklenmesi (çizilmesi) suretiyle akan süt gibi beyaz usaresinden (özsu) elde edilmektedir. Hava ile temas ettikçe koyulaşır ve kahverengileşir. Haşhaş her sene tohumdan yetişen, beyaz, pembe, kırmızı ve mor renkte çiçek açan (temel renk beyazdır) bir bitkidir. Olgunlaşan haşhaş bitkisinde, fındık ve küçük portakal büyüklüğünde bir kapsül (koza) oluşur. Kozanın kendisi bir uyuşturucu madde değil, afyon ve türevlerinin elde edildiği bir kaynaktır.

Tadı ; acı, kokusu; keskin ve hoş değildir. Rengi; ilk etapta beyaz olup, havayla teması arttıkça kahverenginin tonlarına dönüşür.

Bileşiminde takriben; % 10 morfin, % 0,5 kodein, % 6 narkotin bulunabilmektedir. Afyonun en önemli ve başlıca alkaloidi morfin olup, türevleri; morfin, eroin ve kodeindir. (24)

### 1. Esrar (Cannabis)

Aslında hepsinin ortak özelliği, vücudumuzda hâlihazırda bulunan serotonin ve dopamin gibi nörotransmitterleri taklit ediyor olmalarıdır. Bu nörotransmitterleri taklit ederek beynin salgıladığı kimyasal seviyeleri üzerinde değişiklik yaratırlar ve biz de dünyayı normalde olduğundan daha farklı biçimde algılamaya başlarız. Kısacası, yaşadığımız tüm algı değişiminin potansiyeli vücudumuzda hazır halde bulunmaktadır.(25)

Esrar, ağrı ve mide bulantısını azaltırken insanlara öfori, rahatlama, açlık hissi veren THC isimli bir bileşik içerir. THC molekülleri, beyinde, CB1 kanabinoid reseptörleri isimli belirli reseptörleri etkiler. Bu reseptör kümeleri; özellikle de hareket koordinasyonu, bilişsel görevler, hafıza kaydetme, ödül merkezlerinden sorumlu çeşitli beyin bölgelerinde bulunur. Araştırmalara göre, THC molekülleri CB1 reseptörlerine tutunduğunda, bu durum çeşitli kimyasal taşıyıcıların aktivitesini engelliyor. Bu da, vücudun çeşitli parçalarında esrar kullanımının etkilerinin görülmesine sebep olur. (26)

### 2.Ecstasy (MDMA)

Serotonin bir çeşit nörotransmitterdir ve hücrelerin içine serotonin taşıyıcıları tarafından alınır. Ecstasy vücuda alındığı zaman serotonin gibi davranır ve taşıyıcılar tarafından hücrelerin içine dahil edilir. İşte olay da tam olarak bu noktada karışmaya başlar... Serotonin taşıyıcılarının ecstasy ile kurduğu bu interaksiyon, taşıyıcıların başkalaşmasına sebep olur. Daha açık söylemek gerekirse, taşıyıcıların kısa süreliğine kafası karışır ve vücuttaki görevlerinin tam tersini yaparak hücrenin içindeki serotonin hücrenin dışına atmaya başlarlar. Hücrenin dışına atılan serotonin de tekrar tekrar serotonin reseptörlerine bağlanarak hücrenin aşırı uyarılmasına sebep olur.

Ecstasy, vücudumuzda bulunan serotoninin davranışını bu şekilde başkalaştırdığı için ruh halimiz, uyku düzenimiz, algımız ve iştahımız üzerinde değişiklikler yaratır. Bu madde ayrıca beynimizin ödül merkezi ile dolaylı yoldan bağ kurar. Vücudumuzda bulunan aşırı serotonin, ödül merkezini uyan dopamin seviyelerini de değiştirdiği için maddeye bir parça bağımlılık yapma özelliği kazandırır. (27)

Ecstasy genellikle tablet ve kapsül şeklinde satılır. Beyaz, kahverengi, pembe ya da sarı tabletler ya da kapsüllerdir. Bazılarının üstünde kuş, kalp gibi resimler vardır. “Beyaz kumrular, Mitsubishi, 007, pıt” gibi çeşitli adlarla anılır.

Etkisi 20 dakika içinde başlar ve birkaç saat sürer. Kullanıldıktan sonra enerji artışı, canlılık, karşı cinse karşı yakınlık hissi, algılamada artma ortaya çıkar. Ecstasy etkisi altında iken araba ya da makine kullanmak tehlikeli olabilir.(28)

### 3. Kokain

Diğer İsimler: Coke, kar, Charlie, kaya, baz, şeker bloku, serbest baz

Türü: Koka bitkisinin yapraklarından elde edilen, görünüm itibariyle beyaz bir toz olan ve hem uyarıcı hem de uyuşturucu olan bir maddedir. Kullanımı ise yaygın olarak burundan çekme, iğne yolu, diş etlerine sürülerek veya yutularak olmaktadır.

Kullanıldığı Anda Etkileri: Bu uyuşturucunun içinde yer alan dopamin adlı kimyasal madde direk sinirlere etki edip oldukça fazla bir kendinden geçme hali yaratır. Farklı bir şekilde uyanma hissi vermesinin dışında, kendine güven hissi verir ve konuşma isteği uyandırır. Kullanıldığı andan itibaren kalp atışlarında hızlanma, paranoya olma, sanrılar görme eğilimi gösterir.

Kullandıktan Sonra Etkileri: Kullandıktan sonra kişi, belirgin olarak şiddetli saldırganlık eğilimi göstermektedir.

Kalıcı Hasarları: Akabinde uyku bozuklukları, cinsel iktidarsızlık, kasılmalar ve sanrılar görme, beyin felci ve böbrek yetmezliği de zamanla bu uyuşturucunun etkileri olmaktadır. En gözle görülür hasarı ise burundan çekildiği için burun iç zarına ve semptomunun çökmesine sebebiyet verir.

#### 4. Eroin

Diğer İsimler: Mal, toz, peynir, kaşar, beyaz.

Türü: Halk arasında Afyon olarak bilinen ilaç türünün bir maddesidir. Genellikle şırınga yolu ile alınmaktadır.

Kullanıldığı Anda Etkileri: Bu madde kullanıldığı andan itibaren beyne iletilen emirler yavaşlar kişi kendini oldukça rahat hisseder. Fakat maddeyi alan kişide ağız kuruluğu, nefes alıp vermede yavaşlama, miğde bulantısı ve kusma, kan basıncı ve kalp atışı yavaşlaması ve kabızlık yapar.

Kullandıktan Sonra Etkileri: Maddenin etkisinin geçmesiyle beraber ruhsal bozukluk, ani bir çöküntü, şırınga yolu ile alındığı için HIV ve hepatit enfeksiyonları, madde bağımlılığı artması, ve aşırı dozda ölümle sonuçlanma görülür.

Kalıcı Hasarları: Kalıcı hasarları başta kadın ve erkekte kısırlık olmakla birlikte, bellek bozukluğu yaratmaktadır. Genelde bu maddenin saf hali bulunamadığından dolayı içine karıştırılan kimyasallardan dolayı öldürücü bir madde olmaktadır. İlacın belirli bir süre kullanımından sonra damar enfeksiyonları, tetanos, apse, kalp, karaciğer, akciğer ve beyinde çok ciddi hasarlar bırakmaktadır.

#### 5. Yatıştırıcı (Depresanlar)

Diğer İsimler: Benzos, yatıştırıcı, series, mandies, sleepers (tulum)

Türü: Yatıştırıcı olarak bilinen bu maddeler beyin ve bedenin işlevselliklerini yavaşlatmak ve rahatlatmak için kullanılmaktadır. Ne yazık ki bu türlerin bazıları reçeteli olarak satılıp uyuşturucu satıcıları için moral değiştirici ilaç olarak ifade edilmektedir.

Kullanıldığı Anda Etkileri: Alındığında merkezi sinir sistemine etki edip stresi, kaygıyı ve paranoya hislerini azaltmaktadır. Kullanıldığı andaki etkileri ise baş dönmesi, düşük tansiyon, gibi etkileri görünmektedir.

Kullandıktan Sonra Etkileri: Kullanıcıların birçoğu sosyal hayatlarındaki etkileşimlerinin arttığını ifade etsele bile aslında bu yatıştırıcıyı çare ve kaçış olarak görmekteyler.

Kalıcı Hasarları: Yatıştırıcılar genel olarak uyuşturucuların yan etkilerini hissetmemek için kullanılmaktadır. Doktor gözetiminde verilen yatıştırıcıların da aşırı dozda alınmasıyla beraber koma veya ölümle karşılaşmak kaçınılmaz bir son olmaktadır.

#### 6. LSD (Asit)

Diğer İsimler: Lizerjik asit dietilamidi, LSD -25 veya asit.

Türü: LSD 16 Kasım 1938'de Albert Hoffman tarafından yanlışlıkla sentezlenmiştir. Çavdardan veya diğer tahıllardan sentezlenen bu likid uyuşturucunun elde edilişi doğal sentezlenişi ise kimyasaldır. Tahılların bu illegal haldeki sentezlenme işlemi genellikle Amerika'daki yer altı laboratuvarlarında gerçekleştirilir. Genellikle bir emici kağıt üzerine damlatılarak ağız yoluyla alınır. Çok tehlikeli olan bu uyuşturucunun kullanım eşiği 20-30 mikrogramdır. LSD ilk defa 16 Kasım 1938'de Albert Hoffman tarafından yanlışlıkla sentezlenmiştir ve hala dünyanın en kuvvetli halüsinasyon gösteren maddesidir. Halüsinasyon konusunda sihirli mantarlardan 100 kat daha etkilidir.

Kullanıldığı Anda Etkileri: Kullanıcıyı dünyadan tamamen ayıran bu uyuşturucu; göz bebeklerinin büyümesine, kalp atışlarının artmasına, mide bulantısına, kan basıncının artmasına, vücut ısısının artmasına, iştah kaybına sebebiyet verir.

Kullandıktan Sonra Etkileri: Müthiş bir duygusallık hissettirir. İyi bir ruh halinde olanlara çok mutluluk verir, kötü ruh halinde olanlara ise Dünya'daki cehennemi yaşatır. Müthiş bir halüsinasyon etkisi vardır. Yaratıcılığı artırır. İnsana hayal dünyasında imkansızları yaşatır. Kuşlarla uçan, uzay yolculuğu yapan, objelerle iletişime geçen ve hatta karşılıklı diyalog kuran insanlar çoktur. Daha çok renkli görmeyi sağlar. Bilinç altındaki göülü kişileri ve olayları gün yüzüne çıkarır.

Kalıcı Hasarları: Beyinde ve psikolojide kalıcı hasarlar verebilir. Özellikle melankolik kişiler LSD aldığı zaman çoğunlukla "bad trip" denilen aşırı melankolik sürece girerler ve bu da psikolojilerinde kalıcı hasara sebebiyet verebilir. Öte yandan LSD alıp ne yaptığını bilmeyerek uçacağını zannederek camdan atlayan, kör olana kadar güneşe bakan veya cinayet işleyen vaka sayısı da oldukça fazladır.(29)

### Genel Davranışsal Belirtiler

Uyuşturucu ve uyarıcı madde kullananlarda aşağıdaki belirtileri görebiliriz. Ancak bu genel davranışsal belirtiler ergenlik dönemi belirtileriyle karışabilir.

- Dikkatini yoğunlaştırmada güçlük çeker.
- Okuldaki ve/veya mahalledeki arkadaş grubu değişebilir.
- Hafif uykulu, halsiz ve yorgun gözükabilir.
- Kendisine olan özeni azalabilir, çevre ve arkadaşlar eski önemlerini yitirebilirler.
- Sözel iletişimde farklılaşma gözlenebilir.
- Eskiye oranla daha içine kapalı ya da daha agresif olabilir.
- Devamsızlığı artar ya da notları belirgin biçimde düşer
- Eski arkadaş grubundan uzaklaşarak okuldan kaçma, şiddet uygulama, alkol uyuşturucu madde kullanmak gibi riskli davranışlar sergileyen bir grupta ilişki kurar

### Esrarın Etkileri

Esrar içildiğinde etkisi birkaç dakika içinde ortaya çıkar. Yarım saat içinde etkisi en üst düzeye gelmekte ve bu etki 2-4 saat içinde sonlanmaktadır. Hareket becerilerindeki bozukluk 8-12 saat devam eder. Esrar kullanımı kısa süreli öfori ve rahatlama, algıda değişiklik, zaman algısında bozulma ve duyuşsal deneyimlerde abartıya neden olmaktadır.

Kullanımdan sonra çok fazla yeme görülebilmektedir.

Esrarın sigara halinde içilmesi, ilk dakikalardan itibaren kalp atışlarının %20-50 oranında artmasına neden olmaktadır. Bu etki yaklaşık 3 saat sürmektedir. Esrar kullanıldıktan sonra kişi oturuyorsa kan basıncı artmakta, ayakta duruyorsa düşmektedir.

Esrar kullanımının psikolojik etkileri ruh haline, alınan uyuşturucu maddenin dozajına, ortama ve geçmiş deneyimlere göre değişkenlik gösterir. Kısa süreli kullanıma bağlı hareketlerde ve öğrenme, bellek, dikkat gibi işlevlerde bozukluk oluşturması yanında, anksiyete, panik atak, paranoya ve şaşkınlığa yol açabilir.

Sık olmasa da flashback'ler yaşanabilir. Erken yaşlarda esrar kullanımı ile ileriki yaşlarda görülen depresyon arasında bir ilişki saptanmıştır. Esrar kullanımıyla yaşanan psikososyal sorunlar alkol kullanımıyla benzerlik göstermektedir.

### Ecstasy (ekstazi-MDMA) kullananlarda gözlenebilecekler

#### Uyuşturucu madde etkisi altındayken;

Uyarılmış bir hal, Terleme, Ağız kuruluğu, Kalp hızında artma, Zayıflık, Bedende ısı artışı, Olması gerekenden fazla empatik bir hal

#### Uyuşturucu madde etkisi geçtikten sonra;

Uykulu hal, İsteksizlik, Enerjisizlik, yorgunluk, Depresif ruh hali (30)

### Eroin kullananlarda gözlenebilecekler

#### Uyuşturucu madde etkisi altındayken;

Ağız kuruluğu, Çökük bir görünüş (sanki omuzda ağır bir yük varmış gibi), Şaşkınlık hali, Solunumda yavaşlama

Gözbebeklerinde küçülme, Kaşık gibi malzemeler, Bir uyanık, bir uykulu hal

#### Uyuşturucu madde etkisi geçtikten sonra

Sinirlilik, huzursuzluk, Gözbebeklerinde büyüme, Burun akıntısı, terleme, uykusuzluk, kas ağrıları, bulantı, ishal

### Kodein kullananlarda (a-ferin)

Eroin kullanımına benzer etkiler, Evde filtre, beyaz lekeli bardaklar, Küçük su şişelerine doldurulmuş dumanlı su

Eroin, kodein etkisinde göz bebekleri küçülür...

**Uyuşturucu Kullanımının Belirti ve Semptomları**

Uyuşturucu kullanımına işaret eden fiziksel ve davranışsal birçok belirti vardır. Her uyuşturucunun kendine has belirtileri olmakla birlikte, bir kimsenin uyuşturucu kullandığını gösteren bazı genel belirtiler de mevcuttur:

Ani davranış değişikliği,Çalkantılı ruh hali, asabiyet, huysuzluk ve sonra birden mutluluk ve neşe,Aile üyelerinden kopma,Kişisel bakımda özensizlik,Hobi, spor ve diğer favori aktivitelerde ilgi kaybı,Uyku düzeninde değişiklik; gece boyu uyanık kalma ve gün boyu uyuma

Kırmızı veya donuk gözler,Burun çekme veya burun akıntısı

**Metamfetamin Etkileri**

“Uyuşturucu tribi”–bir defada günlerce ve haftalarca uykusuzluk, iştahın tamamen kaybolması, aşırı kilo kaybı, irileşmiş göz bebekleri, heyecanlı olma durumu, konuşkan olma, yanıltıcı güç duygusu, paranoya, depresyon, kontrol kaybı, sinirlilik, anormal terleme, titreme, anksiyete, halüsinasyon, saldırganlık, şiddet, baş dönmesi, ruh halinde ani değişimler, bulanık görme, zihin bulanıklığı, gerginlik.

**Kokain Etkileri**

Düşünme bozukluğu, zihin bulanıklığı, anksiyete, depresyon, çabuk öfkelenme, panik ataklar, şüphencilik, irileşmiş göz bebekleri, uykusuzluk, iştah kaybı, cinsel dürtüde azalma, huzursuzluk, asabiyet, konuşkan olma, kaşınma, halüsinasyon, paranoya.

**PCP Etkileri**

Şiddet içeren veya tuhaf davranışlar (intihar sık olarak gerçekleşmiştir), paranoya, ürkeklik, anksiyete, saldırganlık, içe dönüklük, cilt kızarması, terleme, baş dönmesi, tamamen uyuşma ve algı bozuklukları.

**Kenevir Etkileri**

Kompulsif yeme, kan çanağına dönüşmüş kırmızı gözler (açık tutmakta zorlanabilir), ağız kuruluğu, aşırı ve kontrol edilemeyen kahkaha, unutkanlık, kısa süreli hafıza kaybı, aşırı bezginlik, gecikmiş motor beceriler, nadiren paranoya, halüsinasyonlar, tembellik, motivasyon eksikliği, aptallık, vücut, saç ve giysilerde kötü tatlı bir koku ve kişinin “kafası iyiyken” ruh hali ve davranışlarında ani değişimler.

**Depresanlar (Trankilizanlar ve Barbituratlar)**

Azalmış inhibisyon, yavaşlamış motor koordinasyon, bezginlik, gevşemiş kaslar, sendeleyerek yürüme, zayıf muhakeme, yavaş veya belirsiz refleksler, oryantasyon bozukluğu, geveleyerek konuşma.

**İnhalan Etkiler**

Kısa süreli öfori, kıkırdama, abeslik, baş dönmesi ve ardından baş ağrısı ve bayılma ya da bilinçsizlik. Uzun süreli kullanım: Hafıza kaybı, duygusal dengesizlik, muhakemenin bozulması, geveleyerek konuşma, sakarlık, sendeleyerek yürüme, göz seğirmesi, titreme, işitme kaybı, koku duygusu kaybı ve yükselen evrelerde beyin atrofisi. Bazen bu ciddi uzun süreli etkiler, beden detoksifikasyonu ve beslenme tedavisi ile düzeltilebilir; bazen de beyin hasarı düzeltilemez veya kısmen düzeltilebilir.(31)

**Madde Bağımlılığın Aile ve Toplumsal Etkileri**

Madde bağımlılığı aynı zamanda bireyi olduğu kadar toplumun her kesimini etkileyen öncelikli bir sorun olarak ele alınması gereken, çağımızın en ciddi ve kapsamlı toplumsal sorunlarından da biridir. Çünkü sorun, yalnızca madde kullanan bireyi değil o bireyin içinde doğduğu aileyi, ailenin parçası olduğu toplumu ve giderek o toplumda kültürel yapı özelliklerinden ekonomik işleyişe dek tüm toplumsal evreni etkilemektedir.(32,33) Madde bağımlılığı büyük çaptaki sağlık sorunları yanında trafik kazaları, intihar, suça yönelme, aile parçalanması, iş hayatının bozulması, meslek kayıpları ve diğer ekonomik problemler gibi, bireye ve topluma pek çok zararları olan çok boyutlu biyopsikososyal bir sorundur.(34,32,35,36)

Ülkemizde, bağımlı bireylerle yapılan araştırmalarda, bağımlı bireyin sosyodemografik(37,38,39) ve kişilik özellikleri,(40) sosyal destek sistemleri,(33) intihar girişimleri ve tamamlanmış intiharlar,(34) etiketlenme(41) sorgulanmış ancak yalnızlık duygusunun incelendiği çalışmalara rastlanmamıştır. Alkol ve madde bağımlısı bireylerde yalnızlık, yalnız kalma isteği, sosyal geri çekilme sıkça izlenen durumlar olmasına karşın, yalnızlık duygusu algısının mı bağımlılığa yol açtığı yoksa bağımlılığının mı bireyi yalnızlaştırdığına ilişkin yeterli kanıtlar bulunmamaktadır. (42)

Alkol ve madde kullanımının erken dönemlerinde aile ve bireyin çevresindeki sosyal ağ, bireyin içme davranışından çok fazla etkilenmez. Ancak kronik döneme ulaşıldığında, bireyin aile, iş ve sosyal ilişkilerinin tamamına yakını bozulur.(33). Bu durumda bireyin sosyal destek sistemlerinin etkilenmesine yol açarak bireyin giderek çaresizlik, yetersizlik, toplumdaki kendini soyutlama ve yalnızlık duygusu gibi psikolojik sorunlar yaşamasına neden olmaktadır.(43)

Madde kullanımı bireyleri kural tanımama, kendine ve çevreye zarar verme gibi davranışlara itmekte ve suça neden olmaktadır. Bazen de suç işleme esnasında bilincin kontrol mekanizmasını zayıflatmak için madde kullanılmaktadır. Bağımlı olduğu maddeyi almak için gereken paranın temini amacıyla gasp, hırsızlık, cinayet, fuhuş ve diğer suçların işlenmesi de söz konusu olmaktadır. Burada suç kavramı Ceza Kanunu'nun ihlali ile ortaya çıkan ve devletin mahkemeleri tarafından belirli bir biçimde cezalandırılan fiilleri veya davranışları kapsamaktadır (44). Madde bağımlılığı olan toplumlarda aşağıdaki sorunlar fazlasıyla gözlenmektedir.

**TERÖR;** terör olaylarında artış olur. (ÖRGÜTLER)  
**HASTALIKLAR;** uyuşturucu madde kullanımının, hastalıklara karşı direnci azaltması neticesi bazı hastalıklarda da artış meydana gelir. (AİDS, FELÇ, KALP KRİZİ, KANSER VE BÖBREK YETMEZLİĞİ vb.)

**SUÇ ARTIŞI;** uyuşturucu madde kullananlar, maddenin parasını karşılamak için yasa dışı yollardan para sağlamaya çalışırlar. Bu nedenle, toplumda suç oranlarında artış olur.( CİNAYET-GASP - HIRSIZLIK-SOYGUN)

**EKONOMİ;** kayıt dışı para aklama gibi ekonomik sorunlar ortaya çıkar.( KARAPARA).(45)

Birleşmiş Milletlere göre, dünyada 180 milyon kişi uyuşturucu kullanmaktadır. Bunların 144 milyonu esrar, 29 milyonu amfetamin tipi uyarıcı, 14 milyonu kokain, 13,5 milyonu afyon türevi (Bunun 9 milyonu eroin) olarak tespit edilmiştir. ABD'de, her yıl 20 bin Amerikalının ölümüne neden olan yasa dışı uyuşturucu, sadece sağlık koruma sistemine, 15 milyar dolara mal olmaktadır.

Dünyada 400 milyar dolar üzerinde, uyuşturucu geliri olduğu görülmektedir. Toplum yapısını zedeleyen, insanların amaçlarını ve umutlarını yok eden bu Maddeleri, en çok gençler kullanıyor. Hedef kitle 15-25 yaş grubudur.

### **Sosyal ve Maddi Etkileri**

İnsanın sosyal bir varlık olarak çevresi ile uyum içinde yaşaması gerekir. Buda akıl ve zihin sağlığı ile mümkündür. Bu nedenle akıl ve zihnin en büyük düşmanı olan uyuşturucular, insanın uyum gücünü zaafa ve iflasa getirmekle, onu, aileden ,toplumdan ve çevresinden kopararak ,yalnızlığa ,bunalıma ve hemen ardından SORUMSUZ bir hayata mahkum etmektedir.

Bağımlıyı yaşayan bir ölü haline getirir. Bu sebeple toplumsal hayata verdiği zararlardan bazıları aşağıdaki gibidir.

o Uyuşturucu, sosyal ortamdan insanı uzaklaştırır.

o Aileden çevreden koparır

o Yalnızlığa iter

o Bunalıma sürükler

o Sorumsuz yapar

o Bağımlıyı yaşayan bir ölü haline getirir.

Sonuçta, intiharlar, cinayetler, fuhuş, gasp ve anarşi ortaya çıkar

Toplumda- AİDS, verem, kanser, kangren benzeri ölümcül hastalıkların yayılması, sonuçta insan ve toplum sağlığının bozulmasıdır.

Uyuşturucu madde insanda, fiziksel ve psikolojik bağımlılık meydana getirir. Maddenin kullanımıyla oluşan durum, insanlarda tekrar kullanma arzusu oluşturabilir. Oluşan, yalancı hayal dünyasına kavuşmak isteyen kişilerde, psikolojik bağımlılık başlar. Arkasındanda fiziksel bağımlılık gelir. Bundan dolayı da merak amacı ile bile olsa kullanılmamalıdır.

Uyuşturucudan korunmada en büyük vazife aileye düşmektedir. Uyuşturucu madde kullanımının da arkadaş çevresinin de çok büyük önemi vardır.(46)

Her bağımlı İliç şüphesiz bir suç potansiyeli değildir. Ancak, kullandıkları maddeyi bulamadıklarında suç işleme cihetine gitmektedirler. Ayrıca, ben tinerciyim, ortalığı yakar-yıkarım diye korku salarak insanlardan para alabilmektedirler(47).Emniyet Genel Müdürlüğünün tespitlerine göre uyuşturucu kullanımı suç işlemeyi kolaylaştırmaktadır. Psikolojik ve fizyolojik açıdan sağlığı bozan uyuşturucular, hırsızlık ve yaralama olayların artmasına sebep olmaktadır. Uyuşturucu kullanan hamile kadınların bebekleri alkol kullanan hamile annelere göre 10 kat daha fazla risk taşımaktadır.(48)

Madde kullarımı açısından ana-babalann çocuklarını madde kullanma konusunda sürekli ve sert bir şekilde uymaları bazen tek sebep olabilmektedir.

Çünkü, bu türlü yaklaşımlar çocuklarda merak veya tepki oluşturabilmektedir(49). Diğer taraftan, ergenlik döneminin özellikleri arasında bulunan ben merkezci anlayışın bir tezahürü olarak dikkat çekme, saygınlık kazanma otoriteden öğ alma gibi yaklaşımlar da madde kullanmaya başlama açısından etkin olmaktadır(50).

Aime-babalarm, sigara, uyuşturucu ve alkol kullanan çocuklarını söz konusu problemlerden nasıl kurtaracaklarına dair bilgileri, becerileri; daha doğrusu böyle bir durumla karşılaş tıklarında nasıl davranacaklarına, kime başvuracaklarına ve kimden yardım alacaklarına dair yeterli bilgileri de bulunmamak tadm. Ezilen, horlanan ve kendine değer verilmeyen çocuklar/gençler, özellikle Mimiklerinin farkına varmaya başladıkları ergenlik döneminde, kimliklerini yaşayabildikleri ortamları aramakta, bulduklarında ise kendilerini ifade edebildikleri grubun adetlerini örnek almakta, evinde yaşadığı bütün olumsuzlukları yenmek üzere adi suçlar dahil her yola baş vurabilmektedirler. Çünkü, insanlar haz aldıkları şeylere yönelir elem duydukları şeylerden kaçarlar. Hal böyle olunca, suçluluk psikolojisi, güvensizlik, reddedilmişlik duygulan, güdülenme eksikliği ve otoriteye meydan okumayı içeren kişilik örüntüleriyle suça ve maddeye yönelme arasında ilişki olduğu ileri sürülmektedir.(51).

### **Ne yapmalı?**

Eğer kişi maddenin etkisi altında ise onunla bu durumda konuşmanın yararı olmaz.

Kendinizi hazır hissetmeden onunla konuşmayın.

Açık, samimi ve inandırıcı olun, öğüt vermeyin.

Genellemeler yapmaktan kaçının.

Korkularınıza dayanarak konuşmayın.

Onu etiketlemekten kaçının, çünkü “kullanıcı olarak” etiketlenen kişiye yaklaşmak çok zordur.

Önyargularınızın farkına varın (“Bunlar iflah olmaz”), böylece yanlış iletişim kurma olasılığını azaltırsınız.

Kendinizi onun yerine koymayı deneyerek onun düşünce, yaşantı ve korkularını anlamaya çalışın.

Uzman yardımı alması için samimi bir yaklaşımla onu ikna edin.

### **Ne yapmamalı?**

Kabullenmeme-İnkâr: “Yok, benim çocuğum asla kullanmaz.”

Kendini ve eşini suçlama: “Bu çocuk senin yüzünden böyle oldu.” “Biz iyi anne-baba olmadık.”

Hayal kırıklığı, çaresizlik duygusu: “Ben seni bunun için mi yetiştirdim?” “Her şey bitti, artık hiçbir şey eskisi gibi olamaz.”

Öfke: “Benim böyle bir çocuğum olamaz!”

Çocuğu suçlama ve aşağılama: “Senden hiçbir şey olmaz.”

Uç kararlar alma: “Okul hayatın bitti.”(52)

### **Sonuç**

Sonuç olarak; madde bağımlısı kişilerin sinir sistemi ve beyinlerinde meydana gelen hasar sonucu sergiledikleri davranış bozukluğu nedeni ile yalnızlıklarına ve hazin sonlarına toplum ve aileleri tarafından terk edilmektedir. Onları yeniden topluma kazandırma ve bir birey olduklarını hatırlatma seçeneği gözden kaçırılmaktadır. Genel olarak ‘bana birşey olmaz, ben bağımlı olmam’ gibi cümleler aslında o istenmeyen sonu hazırlayan cümlelerdir.Bugün gerek sosyal medya gerek ise etrafımızda, madde bağımlılığı ve ya alkol bağımlılığı yüzünden aile içi ve sosyal şiddet

örneklerini fazlasıyla görmekteyiz.Yıkılan yuvalar, intihar eden veya kötü yola düşen,maşa olarak çeşitli gayri resmi işlerde kullanılan, hayatları sönen milyonlarca genç birey,ihmal,olumsuz aile yaşamı,olumsuz arkadaş çevresi nedeni ile bu sonu yaşamaktadır.Beyin ve merkezi sinir sistemi üzerindeki olumsuz ve kalıcı etkiler nedeni ile birey bu davranış bozukluklarının farkına varmamaktadır.Beyni felç eden bu maddeler hem kişiyi hemde kişinin toplumdaki yerini öldürmektedir.Bu kimyasal maddeler, beynimizde Dopamin yada Serotonin gibi hayatsal önemi olan nörotransmitter gibi davranıp onları taklit edip beynimizi aldatırken, kişileri dış ortamda da olmadığı biri göstermekte hem ruhu hem bedeniyile toplumda oyuncak haline gertirmektedir.Bilinçsizlik ve sorunlardan kaçma arzusu sonucu yıkılan hayatlar hem aile yapısını,hem toplumsal yapıyı hemde bireyin birey olma hayatta tutunabilme yetisini elinden almaktadır. Ail eve toplum etkilerini ortadan kaldırarak daha sağlıklı ve suç oranının düşük olduğu bir ortamda yaşabilmek için el birliği ile çalışılmalı, devlet ile iş birliği yapılmalı ve hem genç bireyler hem aileler bilinçlendirilmelidir.

### Kaynakça

1. <http://uyusturucunedir.blogspot.com.tr/2016/06/uyusturucu-nedir.html>
2. <http://canberktabakoglu.blogcu.com/uyusturucu-nedir-uyusturucunun-tarihi/4216394>
3. Bkz: <http://www.kimyaturk.net/index.php?topic=12185.0;wap2>
4. Bkz: <http://www.saglikbilgisi.com/makale>
5. Öner, Mehmet Zülfü, “Türk Ceza Kanunu’nda Uyuşturucu Madde İmal, İthal ve İhraç Suçları” TBB Dergisi, Sayı 88, 2010
6. <http://uyusturucunedir.blogspot.com.tr/2016/06/uyusturucu-tarihi.html>
7. <https://www.dersimiz.com/belirligun-435-Uyusturucu-Maddelerin-Tanimi.html>
8. <HTTP://WWW.GOODTHERAPY.ORG/LEARN-ABOUT-THERAPY/ISSUES/ADDICTIONS-AND-COMPULSIONS>
9. İKayaalp SO, Uzbay İT. İlaç kötüye kullanımı ve ilaç bağımlılığı. In: KAYAALP Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji Kayaalp, S.O. (ed.), 11. Baskı, Pelikan Yayıncılık, Feryal Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti., Ankara, 2009, s. 816-836.
10. [sakaryaobm.ogm.gov.tr/SiteAssets/Lists/Duyurular/NewForm/MADDE%20BAĞIMLILIĞI%20NEDİR](http://sakaryaobm.ogm.gov.tr/SiteAssets/Lists/Duyurular/NewForm/MADDE%20BAĞIMLILIĞI%20NEDİR).
11. <https://kimmuhendis.wordpress.com/2016/09/30/beyin-kimyasallari-beyin-kimyasi-ve-onemli-mineraller/>
12. Kaynak: <https://blog.ingilizceturkce.gen.tr/dopamin-nedir-dopamin-eksikligi-ve-fazlaligi-belirtileri-nelerdir/>
13. <http://www.beslenmedestegi.com/saglik-rehberi/dopamin-nedir>
14. <https://www.poliklinik.org/dopamin-nedir-dogal-yollarla-dopamin-nasil-arttirilir.html>
15. <http://ellafarma.com/index.php/portfolio-view/gaba-gamma-aminobutirik-asit/>
16. <http://nturalportal.blogspot.com.tr/2018/01/gaba-gamma-aminobutirik-asit-nedir.html>
17. <https://www.psikologofisi.com/blog/serotonin-seviyenizin-dusuk-oldugunu-gosteren-9-isaret>
18. <https://multiyasam.com/serotonin-nedir-serotonin-dogal-yollarla-nasil-arttirilir/>
19. <http://file.atuder.org.tr/atuder.org/fileUpload/3yNTbPLxgNm6.pdf>
20. Milli Eğitim Web Sitesinde Yer Alan Açık Öğretim Lisesi ve Mesleki Açık Öğretim Lisesi “Sağlık Bilgisi 1
21. <https://www.tech-worm.com/uyusturucu-uyarici-maddelerin-zararlari-nelerdir/>
22. [http://www.uyusturucu.info.tr/uyusturucu\\_beyin.asp](http://www.uyusturucu.info.tr/uyusturucu_beyin.asp)
23. [http://arsiv.dha.com.tr/bir-sefer-esrar-kullanimi-beynin-baglanti-larini-degistiriyor\\_809412.html](http://arsiv.dha.com.tr/bir-sefer-esrar-kullanimi-beynin-baglanti-larini-degistiriyor_809412.html)
24. *Uyuşturucu ve Kimyasal Maddeler Gümrükler Muhafaza Genel Müdürlüğü Kaçakçılıkla Mücadele Daire Başkanlığı 2003 Yılı Baskılı Kitapçık*
25. <https://www.frmtr.com/garip-olaylar/6898405-7-farkli-uyusturucu-maddenin-beynimizde-yarattigi-kimyasal-degisimler.html>
26. <https://bilimfili.com/6-uyusturucunun-sinirbilimi/>
27. <https://www.frmtr.com/garip-olaylar/6898405-7-farkli-uyusturucu-maddenin-beynimizde-yarattigi-kimyasal-degisimler.html>
28. <http://www.batem34.com/maddeler.asp>



29. <http://www.tarihiolaylar.com/galeriler/dunyanin-en-tehlikeli-uyusturuculari-ve-etkileri-535>
30. [http://www.uyusturucu.info.tr/uyusturucu\\_davranis.asp](http://www.uyusturucu.info.tr/uyusturucu_davranis.asp)
31. <http://www.narconon.org/tr/drug-abuse/signs-symptoms-of-drug-abuse.html>
32. Yiğit Ş, Khorshid L. Ege Üniversitesi Fen Fakültesi öğrencilerinde alkol kullanımı ve bağımlılığı. Bağımlılık Dergisi 2006;7:24-30.
33. Yüncü Z, Yıldız U, Kesebir S, Altıntoprak E ve ark. Alkol kullanım bozukluğu olan olguların sosyal destek sistemlerinin değerlendirilmesi. Bağımlılık Dergisi 2005;6:129-35.
34. Doğan YB. Madde kullanımı ve bağımlılığı. Aile ve Toplum Dergisi 2001;1:79-86.
35. Bakım B, Karamustafaloğlu KO, Akpınar A. Alkol ve diğer madde kullanım bozukluklarında intihar girişimleri ve tamamlanmış intihar. Bağımlılık Dergisi 2007;8:91-6.
36. Öztürk MO. Ruh sağlığı ve bozuklukları. 9. baskı, Ankara: 2002. s. 519-49
37. Gümüş Ö, Şahin E, Top MŞ. Alkol ve eroin bağımlılarının ailelerindeki psikososyal ve ekonomik zorlukların araştırılması. Bağımlılık Dergisi 2002;3:146-54
38. Bulut M, Savaş HA, Cansel N, Selek S ve ark. Gaziantep Üniversitesi Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Birimine başvuran hastaların sosyo-demografik özellikleri. Bağımlılık Dergisi 2006;7:65-70.
39. Mırsal H, Kalyoncu A, Pektaş Ö, Mırsal N ve ark. Alkol bağımlılarında klinik özellikler ve sosyo-demografik değişkenler. Bağımlılık Dergisi 2000;1:81-5.
40. Sayın A, Karşlıoğlu E, Arıkan Z, Aslan S. Alkol bağımlısı bir grup hastada kişilik özellikleri. Bağımlılık Dergisi 2004;5:13-9.
41. Arıkan Z, Genç Y, Etik Ç, Aslan S ve ark. Alkol ve diğer madde bağımlılarında YILDIRIM B ve ark., Alkol ve Madde Bağımlılarında Yalnızlık ve Etki Eden Faktörler 29 hastalar ve yakınlarında etiketlenme. Bağımlılık Dergisi 2004;5:3-7.
42. Demir A. UCLA yalnızlık ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği. Psikoloji Dergisi 1989;7:14-8.
43. Sevin Ç, Erbay E. Madde bağımlılarının tedavi sonrası sosyal yaşamdaki sorunları ve sosyal hizmet uygulamaları. Bağımlılık Dergisi 2008;9:36-40.
44. Özkalp E. Sosyolojiye Giriş. Eskişehir; 1992.
45. <http://gundem.blogspot.com.tr/2010/07/uyusturucu-madde-kullaniminin-kisi-ve.html>
46. <http://www.ortadogugazetesi.net/haber.php?id=10031>
47. <http://aile.gov.tr/kavram.htm> (16.09.2002).
48. [http://arsiv.hurriyetim.coratr/genc/haber/2001/05/19/3\\_lhab.HTML](http://arsiv.hurriyetim.coratr/genc/haber/2001/05/19/3_lhab.HTML) (16.09.2002).
49. Mary J. Gander, Harry W. Gardiner, Çocuk ve Ergen Gelişimi, Çev. Prof. Ali Dönmez ve Arkadaşları, İmge Kitabevi, Ankara 2001, s. 509-510.
50. Gander, Gardiner, c.i.g.e., s. 511.
51. Gander, Gardiner, a.g.e., s. 507.
52. <https://www.yesilay.org.tr/tr/bagimlilik/madde-bagimliliği>

