

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**ANKARA VE KIRIKKALE’NİN KIRIM KONGO KANAMALI ATEŞİ
HASTALIĞI GÖRÜLEN İLÇE, BELDE VE KÖYLERİNDE YAŞAYAN
18 YAŞ ÜZERİ NÜFUSUN HASTALIK VE KORUNMA KONUSUNDAKİ
BİLGİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

DOKTORA TEZİ

Asiye Çiğdem ŞİMŞEK

Tez Danışmanı
Prof.Dr.Seçil ÖZKAN

ANKARA
EYLÜL 2011



GAZİ ÜNİVERSİTESİ

TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü HALK SAĞLIĞI ANABİLİM Dalı'nda PROF.DR. SEÇİL ÖZKAN danışmanlığında, Doktora öğrencisi ASİYE ÇİĞDEM ŞİMŞEK tarafından hazırlanan " ANKARA VE KIRIKKALENİN KIRIM KONGO KANAMALI ATEŞİ HASTALIĞI GÖRÜLEN İLÇE VE KÖYLERİNDE YAŞAYAN 18 YAŞ ÜZERİ NÜFUSUN HASTALIK VE KORUNMA KONUSUNDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ " konulu tez savunmasını yapmak üzere 20.12.2011 tarihinde saat 10.00 da ANA BİLİM DALI Başkanlığında toplanan jüri, yapılan tez savunma sınavı sonucunda Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinin 33(1)maddesi gereğince, tezin;

☒ Oybirliği

☐ Oyçokluğu ile,

☒ Başarılı olduğuna,

☐ Düzeltilmesine,

☐ Reddine, karar vermiştir.

Gereğini saygılarımızla arz ederiz.

Tez hakkında Düzeltme veya Red kararının gerekçeleri

BAŞKAN
PROF.DR. SEFER AYCAN

Sefer Aycan

Üye
PROF.DR. MEHMET ALİ BUMİN

Üye
PROF.DR. METİN HASDE(GATA)

Metin Hasde

Üye
PROF.DR. SEÇİL ÖZKAN

Üye
DOÇ.DR.MURAT DIZBAY

Seçil Özkan
Murat Dizbay

İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA NO</u>
Kabul ve Onay.....	i
İçindekiler.....	ii
Önsöz	vi
Tablolar Dizini.....	viii
Şekiller Dizini.....	x
Kısaltmalar Dizini.....	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1.Sağlık Eğitiminin Tarihçesi.....	4
2.2.Sağlığı Koruma ve Geliştirme.....	8
2.2.1.Sağlığı Koruma Düzeyleri.....	8
2.2.2.Sağlığı Geliştirme (Health Promotion).....	8
2.2.3. Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Alanındaki Bildirgeler.....	9
2.2.4.Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi.....	13
2.3.Sağlık Davranışı.....	13
2.3.1.Sağlığı Geliştirmede Davranış Modelleri.....	14
2.3.2.Sağlıkla İlgili Davranışların Öngörülmesinde Kullanılan Bireysel Sağlık Davranışı İle İlgili Sosyal-Bilişsel Modeller.....	15
2.4.Sağlık Eğitimi Metodları.....	25
2.4.1.Eğitim.....	25
2.4.2.Yetişkin Eğitimi.....	25
2.4.4.Sağlık Eğitimi.....	26
2.4.5. Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi.....	27
2.4.6. Yetişkin Eğitiminin Sağlık Bilimleri İle İlişkisi.....	28
2.5.Yetişkin Eğitiminde Program Planlama.....	29
2.5.1.Yetişkin Eğitiminde Program Geliştirme Adımları.....	32

2.6.Ülkemizde Sağlık Eğitimi Mevzuatı.....	38
2.6.1.Umumi Hıfzıssıhha Kanunu.....	38
2.6.2.Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu.....	39
2.6.3.Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname.....	39
2.6.4.Halkın Sağlık Eğitimi Yönetmeliği	41
2.6.5. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği	43
2.6.6. Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge.....	44
2.7.Keneler.....	48
2.7.1. Keneler ve Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) Hastalığı.....	50
2.8. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) Hastalığı.....	51
2.8.1.Etken.....	52
2.8.2. Coğrafi Dağılımı.....	53
2.8.3.Bulaş Yolları.....	55
2.8.4.Risk Grupları.....	56
2.8.5.Klinik.....	56
2.8.6.Laboratuvar Bulguları.....	58
2.8.7.Tanı.....	59
2.8.8.Ayırıcı Tanı.....	60
2.8.9.Tedavi.....	62
2.9.Korunma ve Kontrol.....	64
2.9.1.Kişisel Korunma Tedbirleri.....	64
2.9.2.Kene Sayısının Azaltılmasına Yönelik Tedbirler.....	66
2.9.3.Hastalığın Artışına Yol Açan Yaban Hayatındaki Değişimlerin İncelenmesi.....	66
2.9.4.İşbirliği Çalışmaları.....	67
2.10.CDC ve WHO tarafından yapılan diğer öneriler.....	67
2.11.Kenelerden Korunma	69
2.11.1.Kene Çıkarılması.....	70

2.12.Sağlık Kurumları Tarafından Yapılması Gereken Çalışmalar.....	73
2.12.1.İl Sağlık Müdürlükleri Tarafından Yapılması Gereken Çalışmalar.....	73
2.12.2.Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarının Yapması Gereken Çalışmalar.....	74
2.12.3.Halka Verilecek Mesajlar.....	74
2.13.Sağlık Bakanlığınca KKKA Hastalığı, Korunma ve Kontrol Konularında Çıkarılan ve Yürütülen Mevzuat.....	76
2.13.1.Genelgeler.....	76
2.13.2.Sağlık Bakanlığının Hane Halkı Eğitimleri ile İlgili Yazıları.....	78
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	81
3.1. Araştırmanın Yeri.....	81
3.2. Araştırmanın Evreni.....	81
3.2.1.Ankara İli.....	81
3.2.2.Kırıkkale İli.....	84
3.3.Araştırmanın Örnek Büyüklüğü ve Örnekleme Yöntemi.....	85
3.4.Araştırmanın Tipi.....	87
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	87
3.5.1. Bağımlı Değişkenler.....	87
3.5.2. Bağımsız Değişkenler.....	87
3.6.Araştırmada Kullanılan Araç ve Gereçler.....	88
3.6.1.Anket.....	88
3.7.Araştırmanın Ön Denemesi.....	88
3.8.Araştırmanın Uygulaması.....	88
3.9.Gerekli İnsan Gücünün Sağlanması.....	89
3.10.Araştırma ile İlgili İzinler.....	89
3.11.Araştırmanın Takvimi.....	89

3.12. Verilerin Analizi.....	89
3.13.Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	90
4. BULGULAR.....	91
4. 1. Çalışmaya Katılan Kişilerin Tanımlayıcı Özellikleri.....	91
4. 2. Çalışmaya Katılan Kişilerin KKKA Hastalığı Konusunda Bilgi Alma Kaynakları ve Bilgi Durumu İle İlgili Bulgular.....	95
4.3. Çalışmaya Katılan Kişilerin Kenelerden Korunma Konusunda Bilgi Durumu İle İlgili Bulgular.....	103
4.4. Çalışmaya Katılan Kişilerin Keneler ve KKKA Hastalığından Korunma Konusunda Tutum Durumu İle İlgili Bulgular.....	114
4.5. Çalışmaya Katılan Kişilerin Keneler ve KKKA Hastalığından Korunma Konusunda Bilgi ve Tutum Puanlarının Değerlendirilmesi İle İlgili Bulgular.....	119
5. TARTIŞMA.....	127
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	141
7. ÖZET.....	144
8. SUMMARY.....	145
9. KAYNAKLAR.....	146
10. EKLER.....	152
EK 1. Anket Formu.....	152
EK 2. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'nden Alınan Anket Uygulama İzin Yazısı.....	157
EK 3. Kırıkkale İl Sağlık Müdürlüğü'nden Alınan Anket Uygulama İzin Yazısı.....	160
EK 4. Araştırmanın Takvimi.....	162
11. ÖZGEÇMİŞ.....	163

ÖNSÖZ

Sağlıklı bir çevrede doğmak ve yaşamak insanların doğuştan kazandıkları bir insanlık hakkı olmasının yanı sıra sağlığın korunması ve geliştirilmesi de bireyin kendisine, ailesine ve topluma karşı bir görevidir.

Sağlıklı olmak için çaba gösterilmesi gerekir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) sağlığı geliştirmeye yönelik yaklaşımı; “Sağlık, insanların öğrendikleri, yaşadıkları, eğlendikleri, sevdikleri ve sevildikleri yerde, günlük yaşam ortamları onlar tarafından oluşturulur ve yaşatılır. İnsanlarda ya da insanlar için değil, insanlar tarafından ve insanlarla başarılı” şeklindedir.

Kişilerin Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) hastalığı ve kenelerden korunma konusunda doğru davranışları öğrenmeleri, kendi yaşantılarında benimsemeleri ve uygulamaları açısından özellikle endemik yerleşim yerlerinde sağlık personeli tarafından hane halkı eğitimlerinin verilmesi önem arz etmektedir.

Bu araştırma; Ankara ve Kırıkkale'nin KKKA vakası görülen ilçe ve köylerinde yaşayan 18 yaş üstü nüfusun KKKA ve kenelerden korunmaya yönelik bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla kesitsel tipte bir araştırma olarak yapılmıştır.

Doktora eğitimim süresince ve araştırmanın tüm aşamalarında desteğini esirgemeyen çok kıymetli tez danışmanım Prof.Dr.Seçil ÖZKAN'a, eğitime katkısı bulunan değerli hocalarım Prof.Dr.Sefer AYGAN, Prof.Dr.Mehmet Ali BUMİN, Prof.Dr.Remzi AYGÜN, Prof.Dr.Metin HASDE, Doç.Dr.Murat DİZBAY, Prof.Dr.Zati VATANSEVER ve Prof.Dr.Ruhi Selçuk TABAK'a çok teşekkür ederim.

Araştırma süresince beni yüreklendiren, destekleyen ve katkısı bulunan sevgili arkadaşlarım Uzm.Dr.Bedia TÜRKYILMAZ, Dr.Selmur TOPAL, Dr.Ruhsar DEMİREL, Dr.Ebru AYDIN, Filiz ASLANTEKİN, Uzm.Dr.Gönül ÇULHA, Dr.Deniz ÇAKMAK, Dr.Alev YÜCEL, Dr.Hülya ŞİRİN ve Dr.Sibel BİLGİN'e çok teşekkür ederim.

Özellikle anketlerin uygulanması sırasında katkısı bulunan Ankara İl Sağlık Müdürlüğü ve Kırıkkale İl Sağlık Müdürlüğü personeline çok teşekkür ederim.

Doktora eğitimim süresince verdiği destekten dolayı sevgili eşim Abdurrahman'a, evde ders çalışırken ve tezimi yazarken anlayış gösteren canım çocuklarım Cihan ve Erdem'e çok çok teşekkür ederim.

TABLÖLAR DİZİNİ

	<u>SAYFA NO</u>
Tablo 1. Sağlık Alanında Başlıca Bildirgeler.....	12
Tablo 2. KKKA Hastalığı Ayırıcı Tanısında Düşünülecek Hastalıklar, Kliniği, Laboratuvar Bulguları ve Ayırıcı Tanı Kriterleri.....	61
Tablo 3. Ankara İlinde 2008-2009 Yıllarında KKKA Vakası Görülen İlçelerin Belde ve Köylerinin Örnekleme.....	86
Tablo 4. Kırıkkale İlinde 2008-2009 Yıllarında KKKA Vakası Görülen İlçelerinBeldelerinin Örnekleme.....	86
Tablo 5. Araştırma Grubunun İllere Göre Bazı Tanımlayıcı Özellikleri.....	91
Tablo 6. Araştırma Grubunun İllere Göre Mesleklerinin Tarım ve Hayvancılıkla İlgili Olma Durumu, 2010.....	94
Tablo 7. Araştırma Grubunun İllere Göre KKKA Hastalığı Konusunda Bilgi Alma Durumu.....	96
Tablo 8. Araştırma Grubunun İllere ve Mesleklerine Göre KKKA Konusunda Bilgisini Yeterli Bulma Durumu.....	98
Tablo 9. Araştırma Grubunun İllere Göre KKKA Hastalığına Yakalanma Olasılığını Değerlendirme Durumu.....	99
Tablo 10. Araştırma Grubunun İllere Göre KKKA Hastalığı Konusunda Bilgi Durumu	100
Tablo 11. Araştırma Grubunun İllere Göre KKKA Hastalığının Çevrelerinde Görülme Durumu	102
Tablo 12. Araştırma Grubunun İllere Göre Kene Konusunda Bilgi Durumu	103
Tablo 13. Araştırma Grubunun İllere Göre Hayvanlarda Bulunan Kenelere Ne Yapılacağı Konusunda Bilgi Durumu	105
Tablo 14. Araştırma Grubunun İllere Göre Riskli Alanlarda Kenelerden Korunma Konusunda Yapılacakları Bilme Durumu.....	107
Tablo 15. Araştırma Grubunun İllere Göre Riskli Alan Dönüşü Yapılacakları Bilme Durumu.....	108

Tablo 16. Araştırma Grubunun İllere Göre Vücuda Tutunmuş Keneye Ne Yapılır Bilme Durumu.....	109
Tablo 17. Araştırma Grubunun İllere Göre Vücuda Tutunmuş Kene Çıkarıldıktan Sonra Yapılacakları Bilme Durumu,.....	111
Tablo 18. Araştırma Grubunun İllere Göre Gün İçinde Hayvanlarla Meşgul Olma Durumu,.....	113
Tablo 19. Araştırma Grubunun İllere Göre Meşgul Oldukları Hayvanlarla İlgili Tutum Durumu.....	114
Tablo 20. Araştırma Grubunun İllere Göre KKKA Hastalığından Korunma Konusunda Tutum Durumu.....	116
Tablo 21. Araştırma Grubunun İllere Göre Kene Tutunması Konusunda Tutum Durumu	118
Tablo 22. Araştırma Grubunun İllere Göre Toplam Bilgi Puanı Durumu....	119
Tablo 23. Araştırma Grubunun İllere Göre Toplam Tutum Puanı Durumu	120
Tablo 24. Araştırma Grubunun İllere Göre Bilgi Puanı Ortalaması Durumu.....	121
Tablo 25. Araştırma Grubunun İllere Göre Tutum Puanı Ortalaması Durumu.....	121
Tablo 26. Araştırma Grubunun İllere Göre Bilgi ve Tutum Puanları Dağılımı.....	122
Tablo 27. Araştırma Grubunun Bilgi ve Tutum Puanları İle İlişkili Faktörler	123
Tablo 28. Bilgi Durumunu Etkileyen Faktörlerin Logistik Regresyon Analizi.....	125
Tablo 29. Tutum Durumunu Etkileyen Faktörlerin Logistik Regresyon Analizi.....	126

ŞEKİLLER DİZİNİ

	<u>SAYFA NO</u>
Şekil 1. Kişisel Davranış Değişimi Spirali.....	20
Şekil 2. Doğrusal Planlama Modeli.....	31
Şekil 3. Doğrusal Olmayan Planlama Modeli.....	32
Şekil 4. <i>Hyalomma Marginatum Marginatum</i> 'un Yaşam Döngüsü.....	51
Şekil 5. KKKA Hastalığının Dünya'da Coğrafi Dağılımı.....	53
Şekil 6. KKKA Hastalığının Ülkemizde Coğrafi Dağılımı.....	54
Şekil 7. KKKA Vaka Yönetim Algoritması.....	63
Şekil 8. Kene Tutunması İle Gelen Hastalara Yaklaşım Algoritma.....	72
Şekil 9. Ankara İli KKKA Vakalarının İlçelere Göre Dağılımı, 2008 yılı.....	82
Şekil 10. Ankara İli KKKA Vakalarının İlçelere Göre Dağılımı, 2009 yılı....	83
Şekil 11 ve 12. Kırıkkale İli KKKA Vakalarının İlçelere Göre Dağılımı, 2008 ve 2009 yılı.....	84

KISALTMALAR DİZİNİ

ADNKS	Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
ALP	Alkalen Fosfotaz
ALT	Alanin Aminotransferaz
AIDS	Acquired Immun Deficiency Syndrome
AST	Aspartat Aminotransferaz
CDC	Center's for Disease Control
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
CK	Kreatin Kinaz
DEET	Dietiltoluamid
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ELISA	Enzyme-Linked Immunosorbent Assay
FDA	Food and Drug Administration
GGT	Gamaglutamil Transferaz
HIV	Human İmmun Deficincy Virus
IFA	İndirekt Fluoresan Antikor Testi
IgG	Immunoglobulin G
IgM	Immunoglobulin M
KKKA	Kırım Kongo Kanamalı Ateşi
LDH	Laktat Dehidrogenaz
PCR	Polymerase Chain Reaction
SB	Sağlık Bakanlığı
SİM	Sağlık İnanç Modeli
TSH	Temel Sağlık Hizmetleri
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UHK	Umumi Hıfzıssıhha Kanunu
WHO	World Health Organization

1. GİRİŞ

Uygarlığın gelişmesindeki en büyük etkenlerden biri insanların öğrenip uyguladıkları sağlık davranışlarıdır. Sağlık davranışları hastalıklardan korunma ve hastalık sırasında önem taşımaktadır. Sağlık davranışlarının doğru hale getirilmesinde de sağlık eğitimi önemli bir uygulamadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre sağlık eğitimi; bireylere ve topluma sağlıklı hayat için alınması gereken önlemleri benimsetip uygulatmak, sunulan sağlık hizmetlerini kullanmaya alıştırmak, sağlıklarını ve çevrelerini iyileştirmek için insanları ikna etmek, ortak karara vardırırmak ve eyleme yöneltmek amacıyla gerçekleştirilen eğitim uygulamalarıdır.

Sağlık eğitiminin temel amacı; bireylere ve topluma, kendi çaba ve eylemleri yoluyla sağlıklı bir hayat sürmeleri için yardımcı olmaktır. Bu amacı gerçekleştirmek için sağlık eğitimi, öncelikle sağlıkla ilgili her türlü öğrenme işlemini destekler ve geliştirir. Bireylerin anlayışlarında ve düşünce tarzlarında değişiklikler yaparak inançlarını ve değerlerini etkiler. Tutumların değişmesini ve becerilerin kazanılmasını kolaylaştırır. Sonuç olarak; bireylerin davranışlarını ve dolayısıyla hayat biçimlerini değiştirir¹.

Bir hastalık hakkında bilgi seviyesinin artması, doğru tutum ve davranışın gelişmesi çoğu zaman hastalıktan korunmada faydalı bir gösterge olabilmektedir.

Bütün enfeksiyon hastalıklarının kontrolünde korunma ve izolasyon önlemleri büyük öneme sahiptir. Ancak, doğrudan veya dolaylı olarak çok hızlı bir şekilde bulaşabilen ve bugün için tam olarak etkili bir ilacı bulunmayan viral hastalıklarda korunma ve izolasyon önlemleri daha da önemlidir².

Ülkemizde görülen önemli zoonozlardan olan Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) hastalığı, enfekte keneler ile insanlara bulaşan *Nairovirüslerin* neden olduğu ateş, halsizlik, baş ağrısı, kas ağrısı, bulantı-kusma, ishal, şiddetli olgularda kanama ve şok ile seyreden akut ve ciddi seyirli bir viral hastalıktır. Son yıllarda tedavide görülen gelişmelere rağmen %3-30 (ülkemizde % 4,5) ölümlle sonuçlanabilmektedir⁴.

İnsanlar, keneler tarafından ısırılarak, kenenin ısırılmış olduğu evcil hayvanın kan ve dokuları ile temas ederek veya KKKA hastalarının kan ve diğer vücut sıvıları ile temasederek hastalığa yakalanırlar. Enfeksiyon kaynağı keneler, yaban hayatıyla iç içe olan, dağlık yamaçlardaki meşelik ormanlara yakın yerlerde veya bu ormanlar içinde açılmış parçalı küçük tarım arazilerinde insan ve evcil hayvanlara tutunmaktadırlar^{3,4}.

İç Anadolu bölgesinin kuzeyi, Karadeniz bölgesinin iç kesimleri ve Doğu Anadolu bölgesi KKKA açısından ülkemizin riskli bölgeleridir.

KKKA hastalığından korunma, erken başvuru ve erken teşhis hastalığın morbiditesi ve mortalitesini azaltmada çok yararlıdır. Bu hastalıktan korunmada riskli durumlardan kaçınmak, gerekli tedbirleri almak, erken teşhis ve tedavinin yapılmasını sağlamak için halkın bilgilendirilmesi ve farkındalığın oluşturulması son derece önemlidir.

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 15/01/2009 tarihli ve B100TSH0110002-104-02-01/1359 sayılı yazıları ile; Amasya, Ankara, Bolu, Çankırı, Çorum, Erzurum, Karabük, Giresun, Gümüşhane, Kastamonu, Ordu, Samsun, Sivas, Tokat ve Yozgat illerinde KKKA ile mücadele programı çerçevesinde, KKKA hastalığı konusunda eğitim almış en az iki sağlık personelinden oluşan eğitim ekiplerince son 3 yılda KKKA vakası görülen yerleşim birimlerinde (hayvan beslenen, tarım faaliyetlerinin yaygın olduğu veya orman kenarı olan bölgeler) hane ziyareti ile bire bir kişilere hastalık hakkında bilgi verilmesi ve kişisel korunma önlemleri alınmasının öneminin belirtilmesi istenmiştir.

Ankara ilinde 2009 yılından itibaren KKKA hastalığı konusunda eğitim almış sağlık personeli tarafından, KKKA vakası görülen köy, belde ve ilçelerde; hastalıktan korunmak, riskli durumlardan kaçınmak, gerekli tedbirleri almak, erken teşhis ve tedavinin yapılmasını sağlamak amacıyla hane ziyaretleri yapılarak kişilere yüz yüze bilgi verilmekte, afiş broşürlerle kişisel korunma önlemlerinin alınmasının önemi anlatılmaktadır.

Sağlık personeli tarafından gerçekleştirilen hane halkı eğitimlerinin etkinliğinin değerlendirilmesinin; başta KKKA hastalığı olmak üzere bulaşıcı hastalıklardan korunmak için doğru sağlık davranışlarının geliştirilmesi konusunda yapılacak sağlık eğitimlerini yönlendirmede faydalı olacağı ve yeni program ve uygulamalara katkıda bulunacağı düşünülmüştür.

Bu çalışmada; Ankara ve Kırıkkale'nin Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) hastalığı görülen ilçe, belde ve köylerinde yaşayan 18 yaş üzeri nüfusun hastalık ve korunma konusundaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Eğitiminin Tarihçesi

Sağlık eğitiminin insanlık tarihi kadar eski bir geçmişi vardır. Tüm dinlerin kutsal kitapları sağlık davranışları, kişisel temizlik, çevre temizliği, hastalıkların önlenmesi gibi konularda açıklamalara ve yönlendirmelere büyük ölçüde yer vermişlerdir. Uygarlığın gelişmesindeki en büyük etkenlerden biri insanların öğrenip uyguladıkları sağlık davranışlarıdır.

Sağlık eğitimi, eski çağlarda Mezopotamya, Mısır, Eski İran, İsrail, Yunanistan ve Hititler gibi yerleşim yerlerinde hekimlik eğitimi olarak tapınaklara bağlı okullarda yapılmıyordu. Bu okulları bitiren hekimler hastalarını tedavi ederken aynı zamanda onları eğitiyorlardı. Örneğin onlara “şu otları alınız, kaynatınız ve sürünüz ya da içiniz” derlerdi. Nelerin yeneceğini ya da yenmeyeceğini, yapılacağını ya da yapılmayacağını belirtirler, bunlara benzer önerilerde bulunurlardı¹.

Babililer sağlık eğitimi uygulaması olarak hastaları kentin alanına getirip koyarlardı. O çağda henüz hekimlik mesleği yoktu. Alandan gelen-geçenler hastaya, hastalığı üzerine öğütler verirlerdi. Kimisinin başından böyle bir olay geçmişti ya da başkasında görmüşlerdi. Hastanın yanına gelirler, önlemler ve uygulamalar gösterirlerdi. Kendilerinin o hastalıktan öyle kurtulmuş olduklarını ya da başka birisinin öyle kurtulduğunu söylerlerdi. Hastaya bir şey söylemeden geçmek yasaktı.

Tarihte halk eğitimi çalışmaları ile en çok ün kazanmış kurum, Salerno Tıp Okuludur. Bu okul İtalya’da kurulan en eski tıp okullarından biridir ve 1414 yılında şiirle sağlık kurallarını ve değerli öğütleri içeren “Regimen Sanitatis Salernitanum” adında bir kitap yazılmıştır. Bu kitap çok tanınmış ve 1846 yılına kadar 240 kez basılmıştır¹.

Bütün Avrupa dillerine ve hatta Farsçaya ve İbraniceye çevrilerek yayınlanmıştır. Kitaptaki öğütler çok değerlidir ve hatta bugün bile önemini korumaktadır. Örneğin; şişmanlığın, kalp ve damar hastalıklarının önlenmesi için verilen öneriler bugün için de doğrudur. Ayrıca kabızlığa ve ruhsal bozukluklara karşı alınacak önlemler ve ömrü uzatmak için verilen öğütler ile besin maddeleri hakkındaki değerli bilgiler bugün için de geçerlidir¹.

980-1037 yılları arasında yaşayan İbni Sina'ya göre, kuramsal ve uygulamalı bilimlerin amacı olguların nedenlerini ortaya çıkarmaktır. Hekimler yalnız hastalıkların nedenlerini değil, sağlıklı olmanın, sağlıklı kalmanın nedenlerini de bilmek zorundadırlar. İbni Sina bu görüşten yola çıkarak sağlığı koruma bilimini geliştirmiştir¹.

XVI. yüzyılda Avrupa'daki salgın hastalıkların önlenmesinde hem karantina hem de hasta ve çevresini korumak için ayırma uygulanmıştır. Bu dönemde lepralılar özel bir elbise giymek zorundaydılar. Başlarında bir boynuz ya da özel yakalıkları ile kendilerine yaklaşanları uyarırlardı. Çarşıya pazara, alana ve kente girmeleri yasaktı. Berberler lepralıları tıraş etmezlerdi.

XVII. yüzyılda Londra'da veba salgınında da buna benzer uygulamalar yapılmıştır.

XVIII. yüzyıl sonunda iş hekimliği ile birlikte işçi sağlığı ve eğitimi uygulamaları yapıldı. Bu yüzyılın hekimlerinden Ramazzini kaza geçiren her hastasına özellikle iş koşulları konusunda kapsamlı sorular yöneltiyor ve iş yerini gezip inceliyordu. Ramazzini işçi sağlığının düzeltilmesi için daha iyi beslenme ve daha az zor iş ve iş koşulları öneriyordu. Önerileri arasında çalışma bitince yıkanmak, sık sık giysi değiştirmek, çalışırken bedeni işe uygun duruma getirmek ve tozlu işlerde çalışırken ağzı kapatmak gibi koruyucu önlemlerde vardı¹.

Yine aynı yüzyılda Hollanda'daki Leyden Üniversitesi'nin en tanınmış hekimlerinden Herman Boerhaave (1668-1738) hastanelerde hastaları eğitimin odak noktası haline getirdi.

Ölümünden sonra "Hekimliğin Tüm Gizleri" adı verilmiş, basılmamış bir yapıtı bulundu. Ancak yapıtının tüm sayfaları boştu. Yalnızca son sayfada şunlar yazılı idi. "Kafanı serin, ayaklarını sıcak, bağırsaklarını boş tut".

XIX. yüzyıla kadar yapılan sağlık eğitimi çalışmalarının amacı bireyin kendi uygulamalarına yön vermesi için bilgilendirilmesi idi.

Bu yüzyıldan itibaren sağlık personelinin toplumda sağlık bilgi ve uygulamalarının geliştirilmesinde öncü olmaları gerektiği ortaya konmuştur. Bu yöndeki en belirgin çalışma Viyana Üniversitesi Doğum Kliniğinde görev yapan Ignas Philipp Semmelweis tarafından gerçekleştirilmiştir.

Semmelweis otopsi yapan tıp öğrencileri ile hekimlerin eğitildiği doğum koşullarındaki puerperal ateş nedeniyle anne ölümlerinin, ebelerin görev yaptığı koşullardakine oranla daha yüksek olduğunu gözlemlemiştir. Bunun üzerine tıp öğrencilerinin ve hekimlerin klorlu solüsyonlarla temizlenmelerini sağlamak için 15 Mayıs 1847 tarihinde otopside gelen her hekim ve öğrenciye doğum salonuna girmeden önce girişteki kaptaki bulunan klorlu su ile ellerini iyice temizlemeleri talimatını vermiştir. Bu tür bir hijyenik uygulama doğum koşullarındaki anne ölüm hızının önemli ölçüde düşmesini sağlamıştır. Böylece Semmelweis ilk kez sağlık personelinin de sağlık alışkanlıkları konusunda bilgilendirilmesi gerektiği gerçeğini ortaya çıkarmıştır⁵.

Florence Nightingale de sağlık eğitimi ile ilgili olarak, 1893 yılında Amerika Birleşik Devletleri'ne gönderdiği bir yazıda "hemşireliğin sanat yönü, hastalığı değil hastayı temel almasıdır, bu nedenle hemşirelik

ancak hasta başında öğrenilebilir, kitaplar ise onun tamamlayıcılarıdır” demiştir¹.

Ayrıca Florence Nightingale’in deneyimli ziyaretçi hemşirelerini, annelerin eğitimi için evlere gönderdiği de bilinmektedir. Bu eğitimler yalnızca öğütler vermekten oluşmuyordu. Ziyaretçi hemşireler, annelere çocuklarına nasıl bakmaları gerektiğini gösteriyor ve yaptırıyorlardı.

Yukarıda açıklanan sağlık eğitimi uygulamalarının önemli bir bölümü sonraki uygulamaların temelini oluşturmuştur.

Fakat eski çağlarda yapılan bu uygulamaların kökeni bilimsel olmayan ampirik çalışmalardı. Bugün ise sağlık eğitimi bilimsel kurallara ve gerçeklere dayanmakta, özel bir ders olarak bilim kurumlarında, üniversite ve okullarda okutulmaktadır.

İngiltere’nin 1936 tarihli halk sağlığı kanununda sağlık eğitiminden söz eden bir bölüm vardı. 1948 tarihli yasasında ise Sağlık Eğitiminin yapılması hakkında kesin ve açık metinler vardır ve sağlık örgütüne bu görev verilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1946 yılında kuruluş halinde iken bünyesinde bir sağlık eğitimi şubesi kurulmuştur. Bu şubenin görevi bütün üye ülkelerde halk sağlığı eğitiminin gelişmesini sağlamak, ihtiyacı olan ülkelere bu yönde yardım etmektir.

DSÖ’nün bölge ofislerinde sağlık eğitimi danışmanları vardır. Çünkü gelişmemiş ülkelere halk sağlığını yükseltmek için yöre halkının batıl inançlarını, olumsuz geleneklerini, adetlerini, durumlarını ve davranışlarını değiştirmek ve onların yerine sağlıklı yaşamalarına yardımcı olacak iyi adet ve davranışların yerleştirilmesi gerekmektedir. Bu da ancak planlı ve sistemli bir sağlık eğitimi ile mümkün olacaktır.

Uluslar arası Sağlık Eğitimi Birliği 1951 yılında Paris'te kuruldu. Bugün sağlık eğitiminde yeni yöntemler ve yeni araçlar bulmak için çaba harcamakta ve araştırmalar yapılmaktadır¹.

Çağdaş uygarlığın getirmiş olduğu sağlık ve sosyal problemleri çözmek için sağlık eğitiminden yararlanılmaktadır¹.

2.2. Sağlık Koruma ve Geliştirme

DSÖ'nün Anayasasında sağlık; "sadece hasta veya sakat olmama hali değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyi olma hali" olarak tanımlanmıştır. Sağlıkın korunması ise biyolojik, fizik ve sosyal çevrenin olumlu hale getirilmesi ve kişiye yönelik önlemlerin de alınması ile olur.

2.2.1. Sağlık Koruma Düzeyleri

a) Birincil koruma: Hastalıkların/sağlık sorunlarının risk ve nedensel etmenlerini kontrol ederek hastalık başlamadan ve oluşmadan önce önlenmesidir. Bireylere ve topluma yönelik olabilir.

b) İkincil koruma: Hastalıkların/sağlık sorunlarının erken tanı konularak tedavi edilmesi ve ciddi komplikasyonların önlenmesidir. Erken dönemde tanınabilen ve etkili tedavisi olan hastalıklar için uygundur.

c) Üçüncül koruma: Oluşmuş hastalığın/sağlık sorununun yaratacağı sağlık sorunlarını önlemek amaçlıdır.

2.2.2. Sağlık Geliştirme (Health Promotion)

Sağlık geliştirme; sağlık kontrol etme ve geliştirme sürecidir. Tam olarak fiziksel, zihinsel ve sosyal anlamda iyi olma durumunu sağlayabilmek için kişi ya da toplum isteklerinin farkında olabilmeli, isteklerini tanıyabilmeli, çevresini değiştirebilmeli ve çevreyle uyum sağlayabilmelidir⁶.

Sağlığı geliştirme konusunda 1986 yılında Ottawa'da yapılan uluslar arası konferansta, sağlığı geliştirme eylemi için yeni bir yönlendirme olarak Ottawa Şartı, birçok disiplin ve sosyal eylem içinde yaygın olarak tartışılmış ve destek bulmuştur⁷.

Ottawa Şartı'nda sağlığın geliştirilmesi amacıyla öne çıkan stratejiler şunlardır;

- Sağlıklı toplum politikalarının oluşturulması
- Destekleyici bir çevrenin yaratılması
- Toplum katılımının güçlendirilmesi
- Kişisel becerilerin geliştirilmesi
- Sağlık hizmetlerinin yeni gereksinimlere göre uyumlandırılmasıdır⁷.

Bu yeni süreçte, başta gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere sağlığın korunmasına ve geliştirilmesine yönelik daha bütüncül ve sektörler arası bir yaklaşım ortaya konmuştur. O zamana kadar halk sağlığı politikalarının geliştirilmesine odaklanılırken Ottawa Şartı ile sağlığı geliştirmek için politik eşgüdümün sağlanması anlamına gelen sağlıklı toplum politikaları yaklaşımı öne çıkmıştır^{7,8}.

2.2.3.Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Alanındaki Bildirgeler

Ülkelerin kendi sağlık ihtiyaçlarına yönelik sağlık eğitimi ve sağlığın geliştirilmesi politikaları mevcuttur. Bunun yanı sıra uluslararası ölçekteki sözleşmeler ve politikalar, sağlığın geliştirilmesi politikalarını küresel ölçekte yaygınlaştırmayı hedefler.

Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve yaygınlaştırılmasında ortak hareketi belirlemek amacıyla, çeşitli örgütler tarafından dünyanın çeşitli yerlerinde çok uluslu konferanslar

düzenlenmekte, hedefler ortaya koyulmakta ve birçok bildirge yayınlanmaktadır.

1978 yılında yayınlanan Alma Ata Bildirgesinde temel sağlık hizmetlerinin önceliği vurgulanmıştır.

1981 yılında yayınlanan Lizbon Bildirgesinde hasta hakları üzerinde durulmuştur.

Ottawa Şartı ile sağlık hizmetlerine ilişkin olarak ortaya çıkan sorumlulukların sadece sağlık sektörüne yüklenemeyeceği ve bu konuda ortaya çıkan ihtiyaçlar konusunda diğer sektörlerin de sorumlu olduğu kabul edilmiştir.

Adelaide Tavsiyelerinde ise sağlıklı toplum ve halk stratejilerinin oluşturulması benimsenirken, Amsterdam Bildirgesinde hasta hakları, sağlık bakımında insan haklarının önemi ve değerleri, bilgilendirmenin önemi, mahremiyet ve özel hayata karşı saygının tesisi gibi ilkeler kabul edilmiştir.

Kopenhag Bildirgesinde sağlık hizmetlerinin geleceğinin şekillendirilmesi üzerinde durulmuştur.

Bali Bildirgesinde ise intihar girişimi, dini temsilcilerin ruhi ve moral desteği konusu ve sağlık eğitimi görme hakkı ile ilgili düzenlemelere yer verilmiştir. Burada hasta olmayan kişilerin de sağlıklı yaşam tarzı ve hastalıklardan korunma ve erken tanı ile ilgili yöntemler konusunda bilgilendirilmesi söz konusudur. Bu bildirgede, herkesin kendi sağlık durumlarından kendilerinin sorumlu olduklarının vurgulanması gereği dile getirilmektedir.

Jakarta Deklarasyonunda 21. yüzyılda sağlığı geliştirme eylem planları geliştirilmiş ve bu kapsamda sağlık önceliklerine yer verilmiştir.

Ljubljana Bildirgesinde sağlığın finansman kaynaklarının oluşturulması ve kaliteye önem verilmesi öncelikli konu olarak belirlenmiştir.

Dubrovnik Sözleşmesinde ise bölgesel anlamda sağlık hedefleri belirlenmiş, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik ve sunum konusunda temel ilkeler belirlenmiştir.

Tablo 1. Sağlık Alanında Başlıca Bildirgeler

Bildirgenin Adı	Yayımlandığı Yıl	Bildirgenin Ana Teması
Alma Ata Bildirgesi	1978	Temel sağlık hizmetleri açıklanmış ve temel sağlık hizmetlerinde devletin görevleri üzerinde durulmuştur.
Lizbon Bildirgesi	1981	Genel olarak hasta hakları ele alınmıştır. Hastanın hekimini özgürce seçme hakkı, dış baskı altında kalmadan serbestçe çalışabilen bir hekim tarafından bakılma, kendisiyle ilgili tüm tıbbi ve kişisel bilgilerin gizliliğine gereken saygıyı göstermesini hekimden bekleme, onurlu bir biçimde ölme, dini temsilci de dahil olmak üzere, ruhsal ve manevi yönden teselli edilmeyi isteme ya da reddetme hakkı öngörülmüştür.
Ottawa Şartı	1986	Sağlığı geliştirme yalnızca sağlık sektörüne ait bir sorumluluk olmaktan çıkarılmış, sağlık için ön koşullar ve sağlığı geliştirme politika araçları belirlenmiştir.
Adelaide Tavsiyeleri	1988	Sağlıklı halk politikası stratejileri belirlenmiştir.
Amsterdam Bildirgesi	1994	Hasta haklarını; bilgilendirme, onay, mahremiyet ve özel hayat, bakım ve tedavi ile başvuru başlıkları altında ele almıştır.
Kopenhag Bildirgesi	1994	Avrupa'da sağlığa yöneltilen eleştiriler yer aldığı gibi gerekli değişimlerin yapılmasını ve geleceği şekillendirmeyi öngörmektedir.
Bali Bildirgesi	1995	Amsterdam Bildirgesine ek olarak intihar girişimi, dini temsilcilerin ruhi ve moral desteği, sağlık eğitimi görme hakkı ile ilgili düzenlemelere yer verilmiştir.
Ljubliana Bildirgesi	1996	Güneydoğu Avrupa'daki sağlık hizmetlerinden yararlanamayan nüfusun sağlık ihtiyaçlarının karşılanması esasına dayanmaktadır.
Jakarta Deklarasyonu	1997	21. yüzyılda sağlığı geliştirme eylem planları sunulmuş ve önceliklerine yer verilmiştir.
Dubrovnik Bildirgesi	2001	Sağlık alanında hedef ve stratejilerin belirlenmesi üzerinde durulmuştur. Ayrıca sağlığın finansman kaynaklarının oluşturulması ve kalite üzerinde durulmuştur.

2.2.4. Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi

Sağlığı geliştirme, halk sağlığı ve koruyucu hekimliğin önemli bir parçasıdır. Bu kavram ile sağlıklı yaşamak için eğitim ve çevre koşullarına göre düzenlenmiş destek eylemlerinden söz edilmektedir. Bir toplumda sağlık eğitimi başta olmak üzere yönetsel, yapısal, yasal ve kaynak düzenlemeleri ile sağlanan destek oluşturma çalışmalarından oluşan sağlığı geliştirme müdahaleleri, güdüleme tekniklerini ve ödüllendirmeyi kullanarak sağlıklı olmayı hazırlayan, olanaklı kılan ve güçlendiren davranış biçimlerini hedefler. Ayrıca, sağlık hizmetlerinde, kaynakları kullanmada yeni düzenlemeleri, sağlığı koruma uygulamalarını ve çevrenin düzenlenmesini hedefler.

Başlangıçta halkın sağlık eğitimi konusundaki pek çok çaba şu varsayım temelinde ele alınmıştır; bireylere/gruplara bilgi verildiğinde *bu bilgi* tutumda bir değişikliği sağlayacak ve bu değişimde davranış değişikliğine yol açacaktır.

Son 25-30 yılda yapılan bilimsel çalışmalar, “bilgi-tutum-davranış” üçlüsünün gerçekten birbiriyle ilişkili olduğunu, ancak bunlar arasında “doğrudan” bir etkileşimin olmadığını ve “dolaylı” pek çok faktörün de devreye girdiğini göstermiştir.

2.3. Sağlık Davranışı

Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı olmak için inandığı ve yaptığı bir davranış ya da sağlıklı olduğu zaman hastalığın ortaya çıkmasını önlemek için gerçekteştirdiği davranış olarak tanımlanmaktadır⁸.

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile ilgili olarak yapılan araştırmalar, sağlık davranışlarının benimsenmesi, geliştirilmesi, değiştirilmesi ve uygulanmasının belirleyicisi olarak yaş, cinsiyet, ırk, ekonomik durum gibi sosyodemografik değişkenler üzerinde

yoğunlaşmıştır. Kişinin yaşı ve cinsiyeti değiştirilemeyeceğinden, sağlık davranışlarının değiştirilmesi ve geliştirilmesi bireysel özelliklere göre ele alınmalıdır.

Sağlık davranışı ile ilgili çeşitli modeller bulunmaktadır. Bu modellerin ortak özelliği, sağlığın biyolojik ve psikososyal bir yaklaşımla ele alınmasıdır. Böyle bir yaklaşım, birçok hastalığın biyolojik ve genetik temellerini, inanç, tutum ve davranış gibi öğelerin hastalıkların gelişmesindeki rolünü, sosyal, ekonomik ve kültürel yapının sağlık üzerindeki etkisini kabul etmektedir^{1,9}.

Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı olmak ya da sağlıklı olduğu zaman hastalıktan korunmak için gerçekleştirdiği davranıştır¹⁰.

Doğrudan gözlenebilen davranışları değil, dolaylı olarak ölçülebilen zihinsel ve duygusal durumları da içermektedir.

Geniş anlamda sağlık davranışı, bireylerin, grupların ve örgütlerin eylemleri, sosyal değişim, politika geliştirme, baş etme becerilerinin geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin sürdürülmesi ile ilişkilidir.

Gochman sağlık davranışının, sağlığı sürdüren, yeniden yapılandıran ve geliştiren bireysel inanç, beklenti, değer, algı, bilişsel öğeler, kişilik özellikleri, duygulanım durumu, alışkanlıklar ve eylemlerle ilişkili olduğunu belirtmiştir¹¹.

2.3.1. Sağlığı Geliştirmede Davranış Modelleri

Sağlıklı olmaya yönelik eylemleri artırmak için gerçekleştirilen “bilgi-tutum-davranış” üçlüsünün tümü olarak tanımlanan sağlık davranışı, davranış olumlu olduğunda sağlığın gelişmesine, olumsuz olduğunda ise hastalığa neden olan etkenlerden biri olabilmektedir.

Bireyin sağlık ile ilgili risk alma davranışlarında; bilgi, tutum, inanç, değ er, eğ ilim düzeyleri gibi internal (iç sel) biliş sel faktörler ile sağlık hizmetine ulaş ma, hizmeti elde edebilme, maddi olarak karşı layabilme gibi external (dış sal) faktörler sorumludur.

Davranış değ iş tirm e kuramlarının tümü hedeflenen davranış ve davranış ın oluş tuğ u koş ulların dikkate alınması gerekliliğ ini kabul etmektedir. Psikolojik kuramlar aynı zamanda düş ünceler, inanış lar ve deneyimlerin de önemli olduğunu belirtmektedir.

Günümüzde sağlık eğ itimi ve iletişim konusunda değ iş ik model ve teoriler üzerinde durulmaktadır. Davranış değ iş ikliğ i oluşturmak için bunlar sıklıkla tek baş ına ve bazen de birarada kullanılan yaklaşı mlardır.

Sağlık davranış ı tek bir kuramla açıklanamaz. Modeller, bir ya da birden fazla kurama dayanarak davranış ın belirli bir sistematik içinde anlaş ılmasını sağlamakta; sağlığı geliştirme ve sağlık eğ itimi çalışmalarının planlanmasında kullanılmaktadır⁷.

Sağlık davranış ı modelleri üç baş lıkta tanımlanmaktadır:

- Bireysel sağlık davranış modelleri
- Bireyler arası sağlık davranış modelleri
- Sağlık davranış değ iş ikliğ i ile ilgili grup ve toplum modelleri

2.3.2. Sağlıkla İlgili Davranış ların Öngörülmesinde Kullanılan Bireysel Sağlık Davranış ı İle İlgili Sosyal-Biliş sel Modeller

- a. Sağlık inanç modeli (Health Beliefs Model)
- b. Gerekç eli eylem kuram ı (Theory of Reasoned Action)

- c. Değişim kuramı veya kuramlar üstü model (Change Theory or Transtheoretical Model)
- d. Önceden önlem almayı benimseme süreci modeli (Precaution Adoption Process)
- e. Kontrol etmenin sağlıktaki yeri (Health Locus of Control)
- f. Korunma güdüsü kuramı (Protection Motivation Theory)
- g. Sosyal bilişsel/Sosyal öğrenme kuramı (Social Cognitive/Learning Theory)
- h. Yeniliğin yayılması modeli (Diffusion of Innovation)
- i. Pender'in sağlığı geliştirme modeli (Pender's Health Promotion Model).

Bu modeller, bireysel sağlık davranışının gerçekleştirilmesi ile ilgili geçerli tahminlerin yapılmasını sağlamaktadır.

a. *Sağlık İnanç Modeli (SİM)*

Son zamanlarda, koruyucu sağlık davranışlarının açıklanmasında sıklıkla kullanılmaktadır. Model, hastalıktan korunma ve tarama programlarına yetersiz katılımı açıklamak amacıyla 1950'lerin başında geliştirilmiştir. Modelin ana kavramı, koruyucu sağlık davranışlarının belirleyicilerinin ön görülmesidir.

Model, sadece tarama davranışlarını açıklamakla kalmayıp, hasta rolü davranışlarını ve sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini kolaylaştıran etmenleri de açıklamaktadır. Model, bir *değer-beklenti modeli* olup, bilişsel değişkenlere odaklanmıştır. Hastalığın önlenmesi *değer*, koruyucu sağlık davranışının hastalığı önleyeceği inancı *beklentidir*. Beklenti, hastalığın şiddetine göre değişmekte ve önerilen sağlık davranışının gerçekleştirilmesi durumunda hastalığa yakalanma olasılığı azalmaktadır^{8,12,13}.

Modelin Bileşenleri

Model altı temel bileşenden oluşmaktadır.

Algılanan duyarlılık: Kişinin sağlığını tehdit eden hastalıkla ilgili algısıdır. Bu tanının kabulünü, hastalığa yakalanma olasılığını içermektedir.

Algılanan ciddiyet: Tedavi kabul edilmediğinde ortaya çıkacak sonuçları içermektedir. Hastalığın ölüm, sakatlık, ağrı, sosyal kayıplar gibi olası sonuçları ile ilgili değerlendirmelerini kapsamaktadır. Duyarlılık ve ciddiyetin birlikte ele alınması, algılanan tehdit olarak tanımlanmaktadır.

Algılanan yarar: Gerçekleştirilecek davranış sonucu, hastalığa yakalanma riskinin azalacağı ile ilgili algılanan yarardır. Kişi, koruyucu sağlık davranışını gerçekleştirmesinin yarar sağlayacağını düşünmektedir. Bu yarar, hastalığa yakalanma olasılığının azalacağı beklentisidir.

Algılanan engeller: Önerilen davranışın gerçekleştirilmesini zorlaştırdığı düşünülen engeller ya da davranışın olası olumsuz yönleridir. Kişi, davranışın olumlu ve olumsuz sonuçlarını tartar. Algılanan duyarlılık, ciddiyet ve yarar, algılanan engellerin etkisini azaltırsa, davranış gerçekleştirilir. Başka bir deyişle, sağlıkla ilgili koruyucu bir davranışın gerçekleştirilmesini engelleyen ya da zorlaştıran etmenlerle ilgili algıdır. Koruyucu sağlık davranışlarının gerçekleştirilmesini engelleyen en önemli değişken, algılanan engel ve algılanan yarar arasındaki farktır.

Öz yeterlilik: Albert Bandura'nın sosyal bilişsel kuramı'nın bileşenlerinden biri olan öz yeterlilik, beklenen sonuçlara ulaşmak için davranışın gerçekleştirilmesi ile ilgili kişinin kendine olan inancını, kararlılığını ve iradesini kapsamaktadır. Bu bileşen modele sonradan eklenmiştir. Bu nedenle, davranış değişikliğinin başlatılması ve davranışın sürdürülmesinde öz yeterlilik önemli rol oynamaktadır^{8,12}.

Bu yaklaşımda tutum ve davranış, üç temel beklentiye dayanmaktadır. Bunlar, durumla ilgili sonuç, davranışla ilgili değerlendirme ve algılanan özyeterliliklerdir.

Durumla ilgili sonuç beklentileri, eğer davranış gerçekleştirilirse, ne gibisonuçların ortaya çıkacağı ile ilgili inançlardır. Davranışla ilgili değerlendirme, belirli bir davranışın belirli bir sonuca yol açıp açmayacağı ile ilgili inançtır. Öz yeterlilik beklentisi ise davranışın kişinin kontrolünde olup olmaması ile ilgili inançtır.

Algılanan riskin azaltılmasında etkili olacağı düşünülen davranışlar, ilgili davranışın gerçekleştirilmesine yönelik tutumun geliştirilmesini sağlar. Öz yeterlilik ile ilgili beklentilerin davranış doğrudan ve tutumu dolaylı etkilediği varsayılmaktadır^{12,14}.

b. Gerekçeli Eylem Kuramı

1960'lı yılların ortalarında geliştirilen bu kurama göre; bireyler, genellikle kendilerine verilen mantıksal bütünlüğü olan bir bilgiyi sistematik olarak kullanırlar. Bireyler eylemlerinin sonuçlarının farkındadırlar ve iradeleriyle hareket ederler.

Davranışlarının belirlenmesinde normatif inançlar, diğer kişilere olan inanç ve kendisinden beklenen davranışlar önemli rol oynamaktadır.

Bu model, davranışın oluşmasında, riski azaltmaya yönelik tutumlar, sosyal normlar ve riskli davranışları değiştirme kararı şeklinde bireyin kişisel kararları üzerine odaklanmaktadır.

Eğer bir kişi, olumlu bir davranışla elde edeceği yararın olumlu olacağını algılayarsa, bu davranış kazanmak için olumlu yönde davranacaktır. Bireyin çevresindeki kişiler de bu davranışla elde edilecek sonucu olumlu olarak algılayarsa, kişi onların beklentilerini karşılamak için olumlu yönde davranacaktır⁸.

c. Değişim Kuramı veya Kuramlar Üstü Model

Bu model, 1980'lerden itibaren ABD, Avustralya ve İngiltere'de sağlığı geliştirme çalışmalarında kullanılmıştır. Temel olarak bağımlılık davranışlarının açıklanmasında kullanılmaktadır. Kuramlar üstü model, sağlıklı bir davranış geliştirirken çeşitli aşamalardan geçildiğini varsaymaktadır. Modele dayalı çalışmalarda dikkat edilmesi gereken en önemli konu çalışmaların ve verilecek mesajların değişim sürecinin ilgili aşamasına özgü olmasıdır^{8,12,13}.

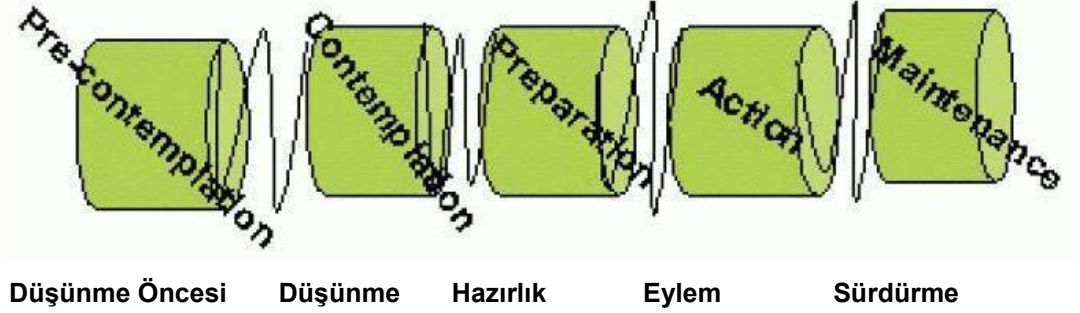
Prochaska'nın değişimin aşamaları modeli, değişimin aşamaları olduğunu öngörür:

- Düşünme öncesi: Davranış değişimi düşünülmez
- Düşünme: Yakın gelecekte davranış değişimi düşünülür
- Hazırlık: Davranış değiştirmek için plan yapılır
- Eylem: Davranış değiştirme planı uygulanır
- Sürdürme: Davranış değişimi devam eder

Bu model davranış değişimini, her bireyin farklı hazır bulunma düzeyinde olduğu bir süreç olarak görür ve herkesin davranışını değiştirmeye hazır olmayabileceğini kabul eder. Dolayısıyla, bu teori her bir değişim aşamasına özgü sağlık programları tasarlamada ya da bireyleri Şekil 1'de gösterilen spiralin farklı aşamalarından geçirmede faydalı olur.

Esasen değişimin aşamaları modeli doğrusal değildir, insanlar herhangi bir noktadan girip çıkabilir veya bir aşamada takılıp kalabilirler⁷.

Şekil 1. Kişisel Davranış Değişimi Spirali (AFAO, 1996)



Bu yaklaşımda, müdahale programının başarılı olması için, uygun basamağın hedeflenmesi gereklidir. Kişinin hangi basamakta olduğu saptanmalı, müdahaleler de buna göre planlanmalıdır.

d. Önceden Önlem Almayı Benimseme Süreci Modeli

Model, yeni bir yöntemin uygulanması ya da riskli davranışların bırakılması ile ilgilenmektedir. Kişinin eyleme geçmek için karar verme noktasına nasıl geldiğini, kararın nasıl eyleme dönüştüğünü açıklamaktadır. Bu nedenle psikolojik süreçlerle ilgilenmektedir.

Yedi aşamadan oluşmaktadır;

- Başlangıçta kişi, sağlıkla ilgili durumundan habersizdir
- Konu ile ilgili bir şey öğrendiğinde kayıtsız kalmaz
- Karar verme aşamasına gelen kişi konuyla ilgilenmektedir
- Karar verme süreci, eyleme geçmemek ya da önlem almayı kabul etmekle sonuçlanır
- Eğer karar eyleme geçmemekse önlem uyarılama süreci sona erer
- Eğer kişi önlem almayı kabul ederse, sonraki aşama davranışın gerçekleşmesidir⁸.

e. Kontrol Etmenin Sağlıktaki Yeri

Bu modelin kaynağı, sosyal öğrenme kuramıdır. Kuramın ana özelliği, belirli bir durumla ilgili davranışın gerçekleştirilme olasılığının, davranışın yol açacağı varsayılan olumlu pekiştireç ile bu pekiştirece verilen değerdir.

Sağlığa verilen değer, içsel sağlık kontrol inançları ile sağlık davranışının gerçekleştirilmesi arasındaki ilişki sonucu belirlenmektedir.

Kuramla ilgili tartışılan nokta, kişi kendi sağlığına değer verdiği zaman, inançlarının sağlıkla ilgili davranışları belirleyeceğidir.

f. Korunma Güdüsü Kuramı

Bu model, korkuyla ilgili yaklaşımları açıklamak için geliştirilmiştir. Buradaki temel düşünce, korku uyandıran iletişimin bilişsel süreci, tutumu, niyeti ve sağlık davranışını dolaylı ya da doğrudan etkileyip etkilemediğidir. İnanç, tutum ve davranışın değiştirilmesinde iletişimin hangi koşullarda etkili olduğu açıklanmaktadır. Eğer önerilen davranış, korkunun azaltılmasını sağlarsa pekiştirilmekte ve gerçekleştirilme şansı artmaktadır. Ancak önerilen davranış, korkuyu azaltmazsa uygun olmayan başa çıkma davranışları gerçekleştirilebilir. Kişiyi herhangi bir sağlık riskinden korumaya yönelik güdülenme dört inanca dayanmaktadır⁸.

- Tehlikenin şiddetini hissetmek (önemlilik)
- Tehlikeye karşı duyarlı olduğunu hissetmek (olasılık)
- Tehlikeye karşı koruyucu davranışı gerçekleştirilebileceğini hissetmek (yeterlilik)
- Tepkinin etkili olacağını hissetmek (tepkisel yeterlilik)

Bu modele göre davranış değişikliği için çalışmalar korku yerine bu elere yöneltmelidir. Mesajlar hastalığın ciddiyetini, hastalıkla ilgili duyarlılığı, önerilen davranışın etkililiğini, ilgili davranışın gerçekleştirilmesi için gereken öz yeterliliği ve tutumu içermelidir.

g. Sosyal Bilişsel/Sosyal ğrenme Kuramı

Sosyal bilişsel kuram, insan davranışını, bireysel, davranışsal ve çevresel etmenler arasındaki sürekli etkileşim olarak tanımlamakta ve davranışın bilişsel süreçlerle düzenlendiğini ne sürmektedir. Davranışın sonucu ile ilgili beklentiler, davranışın gerçekleştirilmesinde rol oynamaktadır.

Sosyal ğrenme veya gözleme dayalı öğrenme; diğer kişilerde görülen davranışların gözlenmesi, akılda tutulması ve tekrarlanması sonucu oluşan öğrenme olarak tanımlanmaktadır. “Sosyal ğrenme Kuramı”na göre, kişiler öğrendiklerini birbirlerinden görerek, gözleyerek, taklit ederek ve modelleyerek öğrenmektedir.

Gözlemleyerek ğrenmenin dört temel unsuru bulunmaktadır:

- Dikkat etme: Kişiler modellenen davranışa dikkat edip algılamadıklarında, davranış ğrenilememektedir.
- Akılda tutma: Modellenen davranışın ortaya konulabilmesi için davranışın uzun-süreli belleğe geçmesi gerekmektedir. Hafıza, bilginin kodlanması ve tekrar kazanımı açısından önemli bir bilişsel (cognitive) fonksiyondur.
- Motor kopyalama: Gözleyen kişi, örnek alınan davranışı kopyalayabilmeli, örneklenen davranışın tüm fiziksel özelliklerini öğrenmelidir.

- Motivasyon/Güdüleme: Örneklenen davranışının sonunda, kişi olumlu güdülenmeyi (ödüllendirilmeyi) beklemektedir⁸.

h. Yeniliğin Yayılması Modeli

1983 yılında geliştirilen bu model, bir fikrin veya düşüncenin toplumda nasıl yayıldığını anlatmaktadır. Buna göre; yayılma, iletişim, sosyal sistem ve zaman olarak dört temel öge bulunmaktadır.

Yeniliğin yayılması modeli, yeni fikirler veya davranışların topluma nasıl tanıtıldığının ve toplum tarafından nasıl kabul edildiğinin anlaşılmasına yardımcı olmaktadır. Yeniliğin yayılımı modeli, yeni davranışın benimsenmesi aşamasını incelemek için kullanışlı bir modeldir. Davranış değişikliğini beş aşamaya ayırmaktadır:

- İlgilenme
- Farkındalık
- İkna etme
- Karar verme
- Benimseme

Bu kuram, tanımlayıcı bir sosyal kuram olmasıyla diğerlerinden farklılık göstermektedir. Yeni fikirler ve davranışların yayılma mekanizmalarını açıklamaya çalışmaktaböylece bazı konulara hangi noktalarda müdahale edilebileceğini saptamaya çalışmaktadır.

Olumsuz davranışların oluşmaya başlamadan önlenmesi, bu aşamalardan her biri için farklı müdahaleler gerektirmektedir. Uygulanacak programlarda bu aşamalar göz önüne alınmalıdır.

i.Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli

Pender 1990 yılında, sağlık inanç modeline sağlığı koruma kavramını ekleyerek bu modeli tanımlamıştır. Modelin ana fikri, sağlığı geliştirmek için sağlıklı yaşam biçimi oluşturulması, bu nedenle davranışların sağlıklı olacak şekilde değiştirilmesidir. Pender, sağlıklı yaşam biçiminin iki yönü olduğunu belirtmiştir. Bunlar sağlığın korunması ve sağlığı geliştirmedir. Bu model, sağlığı geliştiren davranışlarla ilgili yedi bilişsel etken içermektedir.

- Sağlığa verilen değer
- Sağlık ile ilgili algılanan kontrol
- z yeterlilik
- Sağlığın bireysel tanımı
- Algılanan sağlık durumu
- Sağlığı geliştiren davranışların algılanan yararı
- Sağlığı geliştiren davranışlarla ilgili algılanan engeller

Modele göre demografik değişkenler, biyolojik özellikler, kişiler arası ilişkiler, koşullar-fırsatlar ve daha önce gerçekleştirilen davranışlarla ilgili deneyimler bilişsel ya da algıya dayalı süreci etkilemektedir. Kişinin sağlıkla ilgili inançlarını aile, sağlık ve hastalıkla ilgili inançlarını ise geçmiş deneyimleri belirlemektedir.

Bu model, hastalığı tedavi etme, sağlıklı davranışların korunması ya da düşünce ve davranışların belirli bir yönde değiştirilmesi ile sağlanan bir durum olarak değerlendirmektedir. Bu modele göre, sağlık ulaşılması gereken bir hedeftir^{12,13}.

2.4. Sağlık Eğitimi Metodları

2.4.1. Eğitim

En genel tanımı ile eğitim, planlı bir deneyim biçimidir. Bu tanıma göre eğitim, öğrenilenlerden elde edilen deneyimin sonucudur¹⁵.

Eğitim, bireyin toplum yaşamına hazırlanması amacı ile onun gerekli bilgi, beceri ve tutum kazanmasına, kişiliğini geliştirmesine yardım etme sürecidir.

Eğitim, bireyin davranışlarında kendi yaşantısı yolu ile istenilen değişiklikleri meydana getirme ya da yeni davranışlar kazandırma sürecidir¹⁶.

Eğitim, eğitimci ile eğitilen ya da eğitilenler arasında gerçekleşen hedef davranışları kazandırmaya dönük bir süreçtir.

Bu süreç içerisinde eğitilenin kazandırılması hedeflenen davranışları en etkili bir biçimde öğrenmesi ve ilgili durumlarda kendisinden beklenen hedef davranışları göstermesi gerekmektedir.

Eğitim, dinamik bir süreç ve hizmet ettiği toplumdaki sürekli değişimler, gelişmeler eğitim sistemini de etkileyerek bu değişimler ve gelişmelere göre biçimlendirmeye doğru götürür¹⁷.

2.4.2. Yetişkin Eğitimi

Yetişkin eğitimi, zorunlu öğrenim çağının dışına çıkmış ve asıl uğraşısı okula gitmek olmayan kişilerin, yaşamın herhangi bir aşamasında duyacağı öğrenme gereksinimini ve ilgisini tatmin etmek üzere düzenlenen eğitim etkinlikleridir¹⁸.

Kitle eğitimi, yaygın eğitim, halk eğitimi ve sosyal eğitim gibi farklı terimler ile ifade edilmektedir. Yetişkin eğitiminin hedef kitlesi yaş, öğrenim düzeyi, öğrenme isteği ve gereksinimleri farklı olan kişilerden oluşmaktadır. Yetişkinin eğitim açısından en önemli özelliği, örgün eğitimin dışında olmasıdır^{7,12}.

Başka bir deyişle yetişkin eğitimi; hem öğrenenin, hem öğretmenin belirli amaçları gerçekleştirmek için kasıtlı olarak gerçekleştirdiği, öğretim hedefleri ve içeriğinin önceden belirlendiği planlı eğitim etkinlikleridir¹².

2.4.4. Sağlık Eğitimi

Günümüzde sağlık eğitimi, hem sosyal alandaki, hem de bilimsel alandaki gelişmeleri dikkate alır ve biyomedikal ve davranış bilimlerinin yöntemlerinden yararlanır. Bu nedenle, sağlık eğitimi, öğrenme-öğretme tekniklerini içerdiği kadar, biyoloji, hijyen, sosyoloji, psikoloji ve sosyal-kültürel antropolojiyi de kapsamaktadır.

Sağlık eğitiminde, sağlık davranışını etkileyen ve eğitimsel girişimlerle değiştirilebilen üç temel faktör bulunmaktadır.

- Hazırlayıcı faktörler: Bilgi, tutum, inançlar, değerler ve algılamalar bu gruba girmektedir. Bu faktörler, sağlıkla ilgili bir eylemi başlatmadan önce bireyin motivasyonunu sağlaması açısından önemlidir.

- Olanak sağlayıcı faktörler: Bunlar sağlık kurumları, çalışma alanları, okul gibi alanlarda sağlık davranışının uygulanabilir olmasını sağlar.

- Güçlendirici faktörler: Davranış nedenlerinin sosyal nedenler olduğunun düşünüldüğü durumlarda (sigara, madde kullanımı, adolesan, üreme sağlığı ve cinsel sağlık gibi konular) kullanılmaktadır. Son zamanlarda sağlık eğitiminde yaygın olarak kullanılan bu faktörler,

başarılı denemeler için ödüllendirmeyi öngörmektedir. Ancak bunların sosyal öğrenme ile birlikte olması gerekmektedir.

Temel amacı, bireyin ve toplumun gereksinimlerini karşılayacak, sağlıklı yaşam için kişilerin sağlıklarını korumalarını ve geliştirmelerini, tedavi olanaklarından yararlanmalarını ve olumlu bir çevre yaratmalarını sağlayacak davranış değişikliği oluşturmaktır⁷.

Bir strateji olarak sağlığı geliştirme, sağlık eğitimi aracılığıyla risk etmenlerinin azaltılmasını, koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanılmasını, sağlık davranışının geliştirilmesini, yaşam biçimlerinin düzenlenmesini, kişinin sağlığına sahip çıkmasını, hastalık sıklıklarının azaltılmasını ve yaşam kalitesinin yükseltilmesini sağlamaktadır^{7,12}.

Kişilerin sağlıkla ilgili herhangi bir konuda davranış değişikliği oluşturmaları, eğitim düzeylerine, o konudaki bilgilerine, sosyokültürel faktörlere, kişisel inançlarına ve daha çok bunlar tarafından belirlenen sağlığı ve hastalığı, hastalığın ciddiyet derecesini ve hastalığın tehlikesini algılamalarına bağlıdır.

Yaş, eğitim düzeyi, bilgi durumu, sosyokültürel faktörler, inançlar bazı durumlarda davranış değişikliğini engelleyici, bazı durumlarda ise destekleyici rol oynamaktadır. Sağlığı geliştirmede ilginin giderek davranışlar üzerinde yoğunlaştığı, özellikle yaşam biçimi ve sosyal öğrenmenin ağırlık kazandığı durumlara dikkat etmenin önemli olduğu anlaşılmıştır.

2.4.5. Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi

Yetişkinin eğitim gereksinimlerinin temelinde “sorun” yatmaktadır. İhtiyaç belirleme basamakları şunlardır;

- Sorun durumlarının saptanması ilk aşamadır. Daha sonra bu sorunlar, öncelik derecelerine göre sıralanır.

- Yüksek öncelik derecesine sahip olanlar seçilir.
- Sorun durumları analiz edilerek nedenler, bu nedenlerden eğitim yoluyla ortadan kaldırılabilecek olanlar belirlenir ve “eğitim gereksinimi” olarak tanımlanır.
- Eğitim gereksinimlerine dayalı olarak eğitim hedefleri ve hedeflere ulaşmak için eğitim süreci planlanır^{12,18}.

2.4.6. Yetişkin Eğitiminin Sağlık Bilimleri İle İlişkisi

Dünyanın birçok geri kalmış bölgesinde açlık, yoksulluk, salgın hastalıklar ve bilgisizlik iç içedir. Geniş halk kitlelerinin bilinçlendirilerek kısır döngüden göreceli de olsa kurtarılması ya da en azından kurtarılmaya çalışılması, yetişkin eğitiminin ilke ve yöntemlerini işe koşmayı gerektirir¹²,

Yetişkin eğitiminin gelişimi ve örgütlenmesi, 20. yüzyılda hız kazanmış ve 1905 yılında işçi eğitim birlikleri kurulmuştur. Birinci dünya savaşı sonrasında, İngilizlerin yetişkin eğitimi komisyon raporu hazırlanmış, yetişkin eğitiminin lüks ve kısa süreli özel bir tüketim değil, aksine sürekli, ulusal bir gereklilik ve yurttaş olmanın ön koşulu olarak, yaşam boyu bir süreç olduğu vurgulanmıştır. 1921 yılında İngiliz Ulusal Yetişkin Eğitimi Enstitüsü kurulmuş ve çalışmalarına başlamıştır^{10,12}.

Sağlık eğitiminin temel hedeflerinden biri, sağlıklı geliştiren davranışların kazanılmasını sağlamaktır. Bu davranışlar, inançlar, güdüler, beklentiler, algılar, değerler, kişisel tavırlar, alışkanlıklar ve psikolojik özelliklerden etkilenmektedir.

Sağlık eğitimi uygulamaları, sağlık davranışlarının kazandırılmasında hazırlayıcı, olanak sağlayıcı ve güçlendirici etmenleri içerir. Sağlık davranışlarını etkileyen ve eğitim ile değiştirilebilen hazırlayıcı etmenler bilgi, tutum ve davranışlardır. Bu nedenle sağlık

eğitimi 6nemlidir. Sağlık eğitimi bireyin, grupların, toplumun davranışlarını istendik y6nde ve kasıtlı olarak değiştirmeyi amalamaktadır⁷.

2.5. Yetişkin Eğitiminde Program Planlama

Yaygın eğitim çalışmalarının eğitimde program geliştirme aşamalarına uyularak d6zenlenmesi gerekmektedir. 6nk6 eğitim rastlantıya bırakılmamış planlı ve kasıtlı davranış değiştirme s6recidir.

Bu s6recin gerçekleşmesi ancak bireyin yaparak, yaşayarak 6ęrenmesine bağlıdır. Bunun yanında bireyin davranışlarında istenmedik gelişmeleri 6nlemek ve istendik davranışları kısa s6rede gerçekleştirmek için planlamaya gerek vardır. Bireyin içinde yaşadığı k6lt6r6n 6zelliklerini kazanarak, yetişkinlere uyum sağlamasına *k6lt6rleme* denir. K6lt6rlenme kendiliğinden işleyen bir s6retir. Ancak bu ilkel toplumlar için yeterli olabilir.

Gelişmiş karmaşık toplumlarda, k6lt6r6n seçilip arıtılmış ve bir d6zene sokulmuş ortak evrensel değerleri, belli bir davranış değiştirme amacıyla planlı olarak bireylere y6neltir.

Bu durumda ise kendiliğinden k6lt6rlenme değil, *kasıtlı k6lt6rleme* yani eğitim s6z konusudur. K6lt6rlemenin yeterli olmadığını, k6lt6rleme ile elde edilen bazı bilgilerin de değiştirilmesi gereğini kavramış toplumlarda eğitim çabaları sistemli, planlı ve programlı olarak y6r6t6l6r¹⁸.

D6zenli eğitim etkinlikleri, eğitim amacı ile d6zenlenmiş çevrelerde yapılır. Eğitim etkinliklerinin meydana geldiği, 6ęrenme-6ęretme s6relerinin ve bu s6relerde yer alan, organizasyon, 6ęrenci, personel, içerik, y6ntem, araç-gereç, bina-tesis, finansman gibi 6ęelerin (organizasyon, 6ęrenci, personel vs.) belirlenen amaçlara g6re ve birbiriyle tutarlı olarak tasarlanması ve belirlenmesi demektir. Herhangi bir yetişkin eğitimi programı planlanırken, eğitim s6recine giren t6m 6ęelerin 6nceden

düşünülmesi, her aşamada neyin, nerede, ne zaman, nasıl, neyle, kim ya da kimler tarafından yapılacağının önceden belirlenmesi gerekir¹⁹.

Yetişkin eğitimi, yetişkinlere istekleri ve gereksinimleri doğrultusunda bilgi, beceri ve davranış kazandırma amacındadır. Bu nedenle yetişkin eğitimcinin bireysel, kurumsal ve toplumsal gereksinimler hakkında bilgi sahibi olması gerekir. Bunun yanı sıra program geliştirme, hizmet getirecek kitlenin gereksinimlerinin öncelik sırasına göre belirlenmesiyle başlar²⁰.

Bazı bireysel ve toplumsal öğrenme ihtiyaçları, toplumun bütün kesimlerinde yaygındır. Bununla birlikte, bir bölgede öncelik taşıyan bir ihtiyacın her bölge için öncelik taşıdığı pek az görülmüştür. Bölgelerarası ihtiyaç farkları, kentsel bölgelerden çok kırsal bölgeler için geçerlidir²¹.

Yetişkinlerin bireysel öğrenme ihtiyaçlarının esnekliği ve toplumsal ihtiyaçların, nüfusun kalabalık olması dâhil olmak üzere, yerel koşullara göre mutlaka değişiklikler göstermesi, bu ihtiyaçların yerel düzeyde belirlenerek karşılanması zorunluluğunu doğurmaktadır²¹.

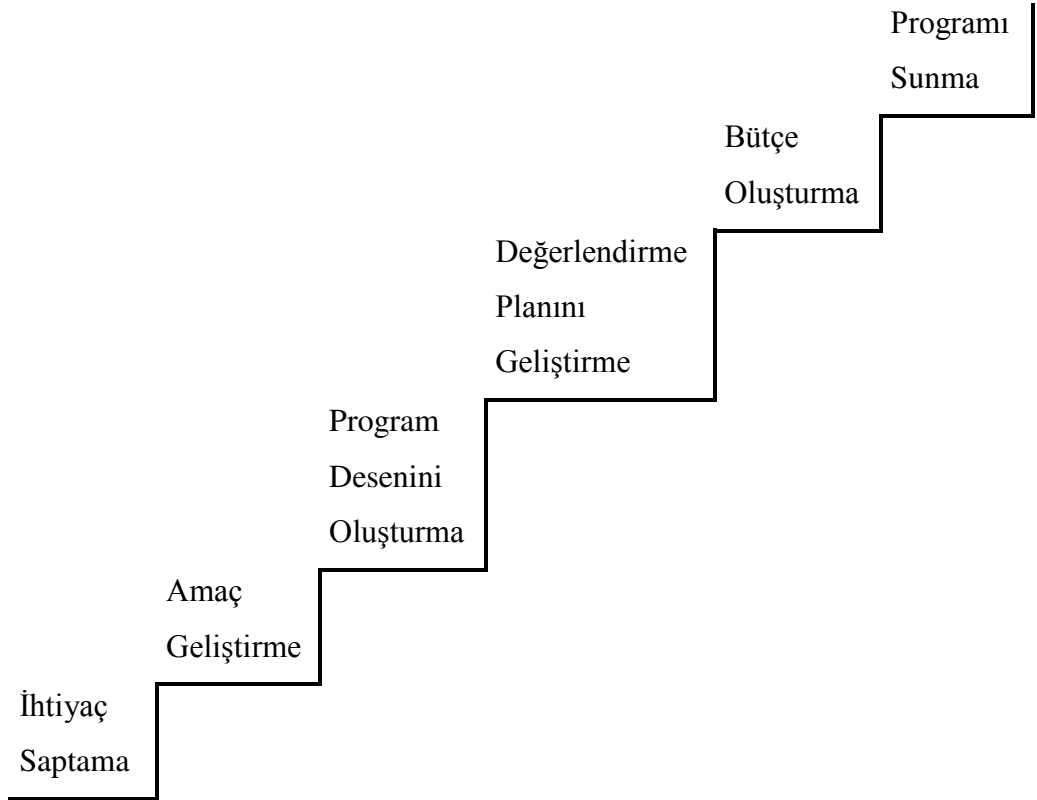
Yetişkin eğitimi programlarının planlanmasında en temel yaklaşım örgüt çevre ve bireyin ihtiyaç ve değerlerinin analizine dayalı olarak oluşturulan sistem analizi yaklaşımıdır.

Sistem analizi yaklaşımı örgütün başlamak istediği amaçlarla çevresel ihtiyaç ve beklentileri dengeler, planlamaya ilişkin örgütsel ve çevresel sınırlılıkları da göz önünde bulundurur. Sistem yaklaşımı sadece öğrenme yaklaşımının kendisi üzerinde odaklaşmaz.

Kowalski, program planlamada doğrusal (linear model) ve doğrusal olmayan (non-linear) planlama modeli olarak iki temel model olduğunu savunur. Doğrusal planlama modeli, planlama görevinin

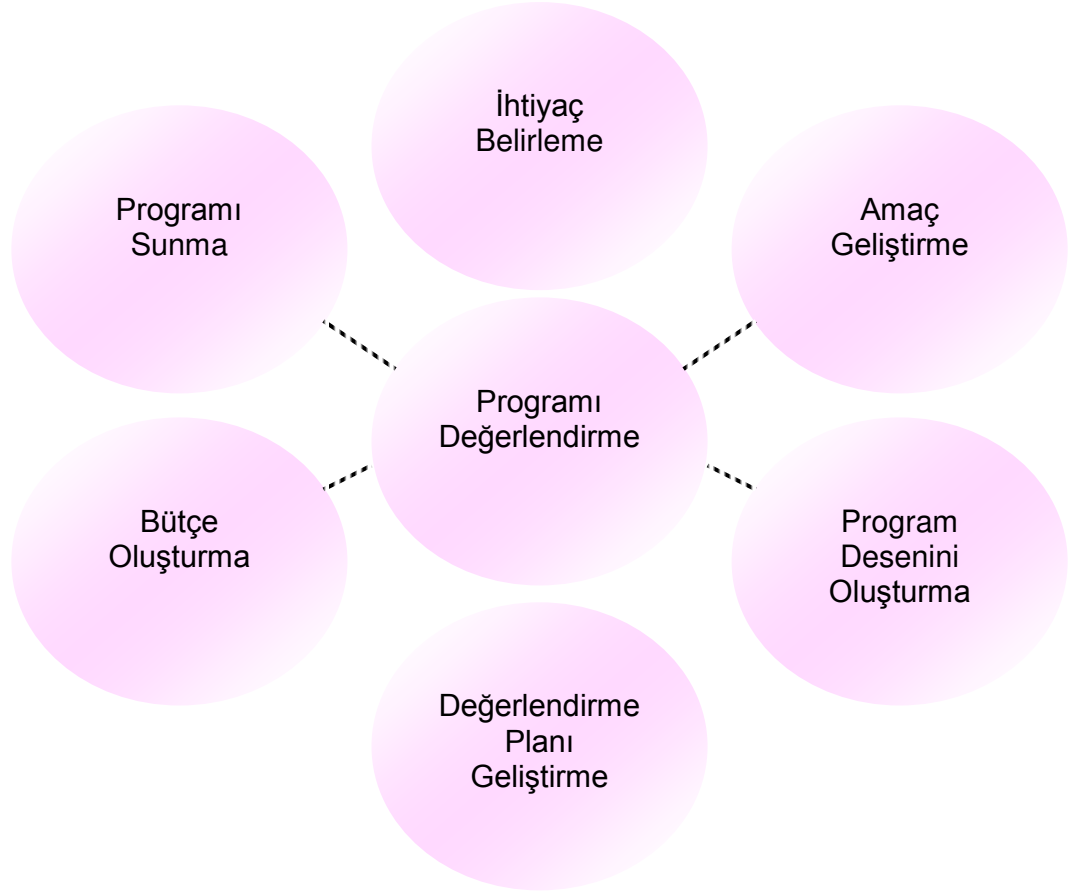
tamamlanmasında ardışık temel adımların birbirini izlediği bir modeldir. Temel değeri eğitim yaşantılarının oluşturulmasında mantıki bir sıra izlenmesidir. Bir aşamanın tamamlanmasından sonra diğer aşamaya geçilir (Şekil 2)²².

Şekil 2. Doğrusal Planlama Modeli²²



Doğrusal olmayan planlama modelinde, planlayıcı bazı kararları, belirli bir formata uymaksızın, belli adımlara tabi olmaksızın izler. Hangi ögenin başlangıç noktası oluşturacağını mevcut koşullar belirler (Şekil 3)²².

Şekil 3. Doğrusal Olmayan Planlama Modeli²²



2.5.1. Yetişkin Eğitiminde Program Geliştirme Adımları

Bir yetişkin eğitimi programının planlanması basamakları;

- a. Programın temel gerekçesinin oluşturulması
- b. Eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi
- c. Eğitim amaçlarının geliştirilmesi
- d. Öğrenme yaşantılarının tasarlanması
- e. Değerlendirme planlarının oluşturulması

f. Yönetsel durumların kararlaştırılması şeklinde sıralanabilir²³.

a. Programın Temel Gerekçesinin Oluşturulması

Eğitim programları belirli bir örgütsel bağlam içinde, belirli hedef kitlelere dönük olarak geliştirilir ve uygulanır. Bu programların bireysel, örgütsel ya da toplumsal gereksinimleri karşılaması beklenir. Hangi hedef kitleye, niçin eğitim planlandığı konusunda ikna edici kanıtların sunulması planlamanın bu alt süreci ile ilgilidir. Programın gerekçelendirilmesi süreci aynı zamanda programın alanının da belirlenmesini içerir. Programın genel amaçları bu süreç içinde geliştirilir. Genel amaçlar aynı zamanda uzun vadeli amaçlardır ²³.

Toplum odaklı bir tıp eğitim programı geliştirirken, o topluma özel sağlık sorunları kapsamlı olarak tanımlanmalı, sorunun çözümü için var olan ve ideal durum arasındaki farktan yola çıkarak gereksinimler belirlenmeli ve ortaya çıkan gereksinimler eğitim programı kapsamına alınmalıdır²⁴.

Eğitim programları, öğretilmek istenilenlerin hedef kitle tarafından bilinmediği ve bu eksikliği gidermenin en etkili yolunun eğitim olduğu düşüncesine dayalı olarak düzenlenmektedir.

Eğitim ihtiyacı analiz edildikten sonra ihtiyaca uygun olarak düzenlenecek programdan nasıl bir sonuç beklendiği amaçlarda ifade edilmelidir. Programın beklenen sonuçları gerçekleştirmesi için, öğretime başlamadan önce ayrıntılı bir planlama yapılmalıdır.

b. Eğitim İhtiyaçlarının Belirlenmesi

Bireylerin, kurumların ve yerel toplumların gereksinimleri, deneyimleri ve ilgi alanları farklı olduğu gibi, her birinin belli konulardaki bilgi düzeyleri de farklıdır. Üstelik kimileri eğitsel gereksinimlerini bilmeyebilir ya da bunların farkında olmayabilir.

Bu durumda, bireylerin gereksinmelerine, deneyimlerine uygun nitelikte eğitim programları hazırlamak için bireylerin kişisel özellikleri, amaçları, başarı düzeyleri gibi niteliklerin bilinmesi gerekir.

Böylece etkinliklere katılacakların ortak ilgileri, gereksinimleri öğrenilmiş ve yapılacak öğrenimin konusu saptanmış olur²⁴.

İhtiyaç saptama, program geliştirme çalışmasının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. İhtiyaç saptama çalışmaları, programın hedeflerinin gerçek ihtiyaçları karşılayıp karşılamadığını da ortaya koymada yardımcı olur.

İhtiyaç saptama araştırmasında; toplumun beklenti ve ihtiyaçları, bireyin ihtiyaçları ve konu alanı ile ilgili ihtiyaçlar dikkate alınmalıdır ²⁴.

c. Program Amaç ve Hedeflerinin Geliştirilmesi

Eğitimde hedefler uzak hedef, genel hedef ve özel hedef olmak üzere üç düzeyde belirlenmektedir. Hedeflerin belirlenmesinin yanında aşamalı olarak sınıflandırılmasının öğrenme etkinliklerine olumlu etkisi vardır.

Hedeflerin aşamalı olarak sınıflandırılmasında ise yaygın olarak Bloom Taksonomisi kullanılır. Bu sınıflamada belli bir alana giren hedefler kolaydan zora, basitten karmaşığa doğru sıralanmıştır⁷.

Bu sınıflamada hedefler; bilişsel, duyuşsal ve devinişsel alan olmak üzere üç alanda ele alınır.

Bilişsel alan; zihinsel öğrenmelerin çoğunlukta olduğu alandır. Bu alanın alt basamakları; bilgi, kavrama, uygulama, analiz, sentez ve değerlendirmedir.

Duyuşsal alan; sevgi, korku, ilgi, tutum gibi duygusal yönlerin baskın olduğu alandır. Bu alana ait alt basamaklar; alma, tepkide bulunma, değer verme, örgütleme ve kişilik geliştirmedir.

Devinişsel alan; zihin ve kas koordinasyonunu gerektiren becerilerin baskın olduğu alandır. Bu alanın alt basamakları ise; algılama, kurulma, rehberle yapma, mekanikleşme, beceri haline getirme, uyum ve yeniden yaratmadır ⁷.

Hedefler yazıldıktan sonra davranışa dönüştürülmesi gerekmektedir. Çünkü hedefler doğrudan gözlenemeyen ancak davranışlar gözlenerek varlığına karar verilebilen bilgi, beceri, anlayış gibi özelliklerdir. Bu özelliklerin gözlenip ölçülebilmesi hedeflerin davranışsal tanımlarının yapılması ile mümkündür²⁴.

Hedeflerin davranışa çevrilmesi demek, hedefin iş ve hareket gösterir biçimde ifade edilmesi demektir. Bu yolla hedefler ile sınıf içi etkinliklerin bağı kurulur. Davranış ifadelerinin eğitim açısından davranış olabilmesi için; “gözlenebilir”, “ölçülebilir” ve “istenilir” olması gerekmektedir ²⁴.

Program amaçları, akılcı, somut uygulanabilir olmalıdır. Amaç oluşturulmasında *amaç* geçerlilik değil, başarılabilişirliktir. Program planlamacılar program amaçlarının açıklığını test etmek için; kendilerine amaç ile öncelikli ihtiyaçlar arasındaki ilişki *açık mıdır*, amaç, programın önemli bir parçasında *odaklaşmakta mıdır*, amaç *uygulanabilir* ve

başarılabilir midir, amaç, belirli bir zaman diliminde ulaşılabilir midir, amaç, programın bütün ilgilileri (katılımcı, yönetici vb.) için anlamlı ve anlaşılır mıdır, amaçların ölçülebilir olduğu düşünülmekte midir sorularını sormalıdır²⁵.

d. Öğrenme Yaşantılarının Tasarlanması

Bir programın belirli bir deseni olmalıdır ve aynı zamanda program, belirli bir felsefe ve amaç ile öğrenme ilkeleri ve hizmet edeceği toplumun niteliği gibi faktörlere dayanmalıdır. Program geliştirme deseni, program için esas alınan plan ya da yapıyı ifade etmektedir. Bu kavram öğrenme yaşantılarının nasıl düzenleneceği hususunu genel bir tarzda göstermektedir.

Eğitim programı geliştirmede, belirlenen hedeflere ulaşabilmek için “ne öğretelim” sorusuna yanıt aranan adım; içeriğin seçimi ve düzenlenmesidir. İçerik seçiminde en önemli nokta öğretim programında yer alan hedeflerle içeriğin tutarlılığıdır. İçeriğin seçiminde aşağıda verilen ölçütlere göre hareket edilmelidir⁷.

- Bireysel fayda: Uygulanan içeriğin bireylerin gelişme ve öğrenmesine yardımcı olup olmadığıdır.

- Toplumsal fayda: Bireylerin çağdaş dünyanın koşullarına ulaşmak ve bu düzeye uyum sağlamak için nelerle donatılması gerektiğidir.

- Öğrenme ve öğretme: İçeriğin öğrenilmesi sırasında, öğrenen bireyler için bir anlam ifade edip etmediğidir. Diğer bir ifade ile içeriğin bireylerin ilgi ve gereksinimlerine uyup uymadığı konusudur⁷.

e. Değerlendirme Planının Oluşturulması

Değerlendirme, programın etkililiği hakkında karar verme sürecidir. Değerlendirme planlanırken bazı süreçlerin gerçekleştirilmesi gerekir. Bu süreçler şunlardır; değerlendirme amacının belirlenmesi, değerlendirme için gerekli verilerin kimden ya da nereden sağlanacağını belirlenmesi, veri toplama ve çözümleme tekniklerinin belirlenmesi, verilerin ne zaman toplanacağına karar verilmesi ve son olarak da değerlendirme için ölçüt oluşturmaktır²³.

Değerlendirme ölçmeye dayanır. Ölçmeyi gerçekleştirmezsek değerlendirme yapamayız. Ayrıca, değerlendirme ölçmenin kesinliğiyle sınırlıdır.

En temel yaklaşımla ölçme, *kurallar dikkate alınarak objelere değer atfedilmesi* biçiminde tanımlanmaktadır. Buradaki “obje” terimi fiziksel objeleri, uzamsal ilişkileri, soyutlamaları kapsamaktadır. Kurallar objektif ya da subjektif olabilirler, fakat tutarlı olmak zorundadırlar. Seçilecek ölçmenin türü değerlendirme için belirlenen ölçütlere, gereken kesinliğe ve bilgi toplama şanslarına bağlıdır. Ayrıca etkili ölçme özellikleri bu seçimi etkilemektedir.

Bunlar evreni temsil eden uygun örnekleme, programla ilgili bilgilerin anlaşılır terimlerle paylaşılmasını sağlayan etkili iletişim, yüksek düzeyde geçerlik ve güvenirliktir¹.

Pek çok değişkeni dikkate almak gerektiğinden, bir programı değerlendirmek son derece güçtür. Gösterilecek ustalığın derecesi açıktır ve eldeki insan kaynaklarına ve diğer olanaklara, özellikle değerlendirmeden doğrudan doğruya sorumlu olan yönetici ya da düzenleyicinin uzmanlık bilgisine bağlıdır²¹.

f. Yönetmelik Durumlarının Kararlaştırılması

Program planlaması sadece programın eğitsel bileşenleri ile ilgili kararları vermenin ötesinde anlam taşır. Program planlamasından sorumlu kişiler bütçe yönetiminin planlama sürecinin temel bir parçası olduğunu bilmelidirler²³.

2.6. Ülkemizde Sağlık Eğitimi Mevzuatı

1920 yılında kurulan Sağlık Bakanlığı'nın ilk bütçe tasarısında "Hıfzıssıhha Dairesi" olarak adlandırılan birim tarafından, birinci basamak sağlık hizmetleri veren kuruluşların işletilmesi ve koruyucu hizmetleri yürütülmüştür. Ülkemizde sağlık eğitimi ile ilgili gelişmeler 24.04.1930 tarihinde kabul edilip, 06.05.1930 tarih ve 1489 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (UHK) ile başlamıştır²⁷. Bu yasa ile ülkemizin sağlık hizmetlerini yürütme görevi şimdiki Sağlık Bakanlığı'na verilmiştir.

2.6.1. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930 tarih ve 1593 sayılı)

Madde 280-Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti sari ve salgın hastalıklardan korunma, çocuk büyütmeye ve sıhhi şartlar dairesinde yaşama gibi sıhhi meseleler halkı tenvir için kitap, levha, risale neşreder, sıhhi propaganda müessesatı yapar ve konferanslar verir ve her nevi sinema filmleri gösterir. Bu gibi hizmetler meccanidir.

İcabı takdirinde lazım gelen vasıtaları haiz seyyar sıhhi propaganda kolları teşkil olunur. (Ek: 22/9/1983 - 2890/2 md.) Ana sütü ile beslenmenin önem ve üstünlüğünün öğretilmesi, yaygınlaştırılması, süt çocukları ve küçük çocukları besleme yönteminin öğretilmesi konularındaki eğitim ve öğretim; halk eğitimi ve beslenme konularında uygulamalı eğitim yapan gerçek ve tüzel kişilerle birlikte, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı

tarafından sağlanır. Bu eğitim, ana sütü ile beslenmenin yaygınlaştırılmasını önleyici veya çocuk besinlerini reklam edici nitelikte olamaz.

Madde 281- Bütün mekteplerde en son ilmi müktesebata tevfikânı hıfzıssıhha dersi tedrisatı mecburidir. Bu dersler mütehassıs zat tarafından tedris ve programları Maarif Vekaletiyle Sıhhat ve İctimai Muavenet Vekaleti tarafından müştereken tespit olunur²⁶.

2.6.2. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu (1987 tarih ve 3359 sayılı)

Madde 3-(j) bendi; Vatandaşların hastalıklardan korunma, sağlıklı çevre, beslenme, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması ve benzeri konularda eğitilmeleri ve takipleri bütün kamu kuruluşlarının sorumluluğu, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları, özel ve gönüllü kuruluşların işbirliği içerisinde gerçekleştirilir²⁷.

2.6.3. Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (1983 tarih ve 181 sayılı)

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Madde 9-Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün görevleri şunlardır:

- a) (Değişik: 8/6/1984 - KHK - 210/1 md.) Toplum sağlığını ilgilendiren her türlü koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamak, bu hizmetlere halkın katkı ve iştirakini temin etmek,
- b) Bulaşıcı, salgın, sosyal ve dejeneratif hastalıklarla mücadele ile aşılama ve bağışıklık hizmetlerini yürütmek²⁹,
- c) (Değişik: 8/6/1984 - KHK - 210/1 md.) Sağlıklı çevre temin etmek amacıyla çevre sağlığını ilgilendiren her türlü tedbiri almak ve aldirmek ve gayrisıhhi müesseselerin halkın sağlığına zarar vermesini engellemek ve

gerekli denetimlerini yapmak,

d) Yenilecek ve içilecek tüm gıda maddeleri ile toplum sağlığını ilgilendiren eşya ve levazımı sağlık yönünden kontrol ve denetimlerini yapmak ve gerekli hallerde izin vermek,

e) İçilecek ve kullanılacak nitelikte su temini, sıcak ve soğuk hamamlar ile içmeceler tesisi, mezbaha inşaatı, mezarlıklar tesisatı, ölü defni ve nakli işleri ve lağım ve mecralar tesisatı ile ilgili sağlık düzenlemeleri yapmak ve denetlemek, insan sağlığını tehlikeye düşürecek amillerle mücadele etmek,

f) Zehirli ve uyuşturucu maddelerle, tıbbi ve hayati müstahzarları, insan sağlığında kullanılan her cins serum ve aşıları, bunların yapıldığı ve satıldığı yerleri denetlemek,

g) Sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması çalışmalarını yürütmek, sağlık ocaklarının yataklı tedavi kurumları ile işbirliğini düzenlemek,

h) Sanatlarını serbest olarak icra eden tabip ve tababet mensuplarının hizmetlerinin ve işlerinin sağlık ve teknik denetimini yapmak, ücret tarifelerini tespit etmek,

i) Bakanlıkça verilen benzeri görevleri yapmak²⁸.

Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü

Madde 12- Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğünün görevleri şunlardır:

a) Sağlık meslek eğitimini, Türk Milli Eğitim Temel Kanunu ve mesleğin özel ve genel amaçları doğrultusunda yürütmek,

b) Sağlık personeli yetiştirmek üzere orta ve yüksek dereceli okulların açılması için gerekli plan ve programların yapılması ve okulların açılması ile ilgili işlemleri yürütmek,

c) Türk Silahlı Kuvvetlerine ait olanlar hariç, Bakanlık dışı özel ve resmi kurumlarca açılması planlanan orta dereceli sağlık meslek okullarının açılış hazırlıklarını incelemek, incelettirmek ve değerlendirmek, açılmış bulunanların mesleki eğitim yönünden denetimlerini yapmak,

- d) Sağlık meslek eğitimini geliştirici, bilimsel ve teknolojik gelişmelere paralel hale getirici, etkinliğini artırıcı tedbirleri almak, araştırmalar yapmak veya yaptırmak, alınacak sonuçları değerlendirmek,
- e) Eğitimde kullanılan metot ve tekniklerin uygulama usullerini tesbit etmek, eğitimin standardizasyonunu sağlamak ve gerekli araç, gereç ile diğer imkanları temin etmek veya ettirmek,
- f) Mevcut ders programlarının geliştirilmesi, yeni açılacak bölüm veya okullar için ders programı hazırlanması, eğitimle ilgili mevzuatın geliştirilmesi, değiştirilmesi veya yeniden hazırlanması, yurtiçi ve yurtdışı mesleki okullardan mezun olanların diplomalarının tetkiki, tescil ve işlemlerinin yürütülmesini sağlamak,
- g) Bakanlığın yayın hizmetlerini düzenlemek, yürütmek.
- h) (Ek: 8/6/1984 - KHK 210/3 md.) Halk sağlığı eğitimini düzenlemek ve yürütmek,
- ı) Bakanlıkça verilen benzeri görevleri yapmak²⁸.

2.6.4. Halkın Sağlık Eğitimi Yönetmeliği (R.G. 06.08.2000 tarih ve 24132 sayılı)

Madde 1-Bu Yönetmeliğin amacı; toplumu oluşturan kişilerin sağlık bilincini ve davranışını geliştirerek, sağlıklarını koruyabilir, sağlık hizmetlerine katılabilir, sağlık haklarını savunabilir hale getirmek üzere; halkın bilgilendirilmesi, Bakanlığın merkez ve taşra teşkilatında görevli personelin halkın sağlık eğitimi konusunda bilgilerinin geliştirilmesi için uygulanacak eğitim faaliyetlerinin usul ve esaslarını belirlemektir.

Madde 2-Bu Yönetmelik, halkın sağlık eğitimi alanında Bakanlığın merkez ve taşra teşkilatı, diğer kamu kurum ve kuruluşlarında veya serbest olarak mesleklerini icra eden sağlık personeli ile halkın sağlık eğitimi faaliyetlerinin hedefleri, ilkeleri, kurumsallaşması, yönetiminde görevlendirilecek personelin görev yetki ve sorumluluklarına dair esasları kapsar²⁹.

Madde 4- f)Eğitim programı: Halkın sağlık eğitimi alanında, personelin ve halkın eğitimi faaliyetlerinin amaçlarını, içeriğini, öğrenme faaliyetleri ile değerlendirme boyutunu kapsayan programı,

g)Eğitim yöneticisi: Halkın sağlık eğitimi faaliyetlerinin bu Yönetmelik hükümleridoğrultusunda yürütülmesinden, izleme ve değerlendirilmesinden sorumlu kişiyi,

h)Eğitim görevlisi: Halkın sağlık eğitimi faaliyetlerinde öğretici olarak görevlendirilen kişiyi,

ı)Kurs: Yeni bilgi, beceri, tutum ve davranış kazandırmayı veya varsa olumsuz davranışların kaldırılmasını amaçlayan, eğitim programına göre yürütülen ve sonunda başarı değerlendirmesi yapılan faaliyeti,

i)Seminer: Bir konu ile ilgili bilgi vermek ve bu bilgiler üzerinde tartışmak amacıyla, birkaç yetkilinin yönetimi altında düzenlenen toplantıyı,

j)Sertifika: Eğitime alınan personelden bilgi ve beceri kazananlara verilen belgeyi,

k)Başarı belgesi: Eğitime katılanlardan yapılan değerlendirmede başarılı olanlara verilen belgeyi,

l)Katılım belgesi: Eğitim faaliyetlerine katılanlara muhasebe ve idari işlemlerde kullanılmak üzere verilen belgeyi,

m)Çalışma grubu üyesi: Halkın sağlık eğitim sisteminin ilkelerini, stratejilerini, plan ve programlarını geliştirme, araştırma ve değerlendirme amacı ile oluşturulan çalışma gruplarında görevlendirilen kişiyi,

n)Halkın sağlık eğitimi: Kamu kurum ve kuruluşlarında, özel veya tüzel kişilere ait işyerlerinde çalışan personelin halkın sağlığı ile ilgili veya toplumu oluşturan kişilerin kişisel sağlık bilgi ve becerilerini geliştirerek, davranış değişikliği oluşturmak amacıyla yapılan eğitimi,

o)Sağlık eğitim kurumları: İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Halkın sağlık eğitimi ile ilgili, personele ve halka yönelik eğitim programlarının uygulandığı eğitim kurumlarıdır²⁹.

2.6.5. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (25.05.2010)

Aile Hekiminin Görev, Yetki ve Sorumlulukları

Madde 4- ç) Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir,

d) Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapar, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini verir,

m) Bakanlıkça belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılır,

Aile Sağlığı Elemanının Görev, Yetki ve Sorumlulukları

Madde 5-f) Gezici ve yerinde sağlık hizmetleri, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini verir, evde bakım hizmetlerinin verilmesinde aile hekimine yardımcı olur,

g) Bakanlıkça belirlenen hizmet içi eğitimlere katılır,

Gezici ve Yerinde Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi

Madde6-(3) Aile hekimlerinin gezici sağlık hizmeti sunacakları bölgelerdeki yerleşim birimlerine bir plan dâhilinde periyodik aralıklarla ulaşmaları ve hizmet vermeleri esastır. Gezici sağlık hizmetine ilişkin planlama; coğrafi durum, iklim ve ulaşım şartları ile kendisine bağlı yerleşim birimlerinin sayısı dikkate alınarak ve her 100 kişi için ayda üç saatten az olmamak üzere aile hekimi tarafından yapılır. 750 kayıtlı kişiye kadar haftada en az bir kez, 750 ve üzeri kayıtlı kişiye ise haftada en az iki kez gezici sağlık hizmeti verilir. Gezici sağlık hizmeti bölgesinde Bakanlığa ait sağlık tesisi var ise bu tesisler hizmet için kullanılabilir³⁰.

(4) Aile hekimi gezici ve/veya yerinde sağlık hizmeti planını sözleşme döneminin ilk ayında aylık olarak yapar, toplum sağlığı merkezine bildirir ve bunu sözleşme döneminin sonuna kadar uygular. Her ayın sonunda gezici/yerinde hizmet faaliyet raporunu toplum sağlığı merkezine bildirir. Zorunlu hallerde aile hekimi her türlü gezici hizmet planı değişikliğini hizmeti aksatmayacak şekilde bölgesindeki toplum sağlığı merkezine önceden bildirir. Aile hekimi; köy ve mahalle muhtarları ile kurum yetkilileri vasıtasıyla en geç bir önceki ayın son iş günü saat 12.00 ye kadar programının duyurulmasını sağlar. Aile sağlığı elemanının görev yetki ve sorumlulukları çerçevesinde, gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin ilgili kısmı ulaşım ve tıbbi donanım imkânlarının aile hekimince sağlanması kaydıyla aile sağlığı elemanı tarafından da yapılabilir. Aile sağlığı elemanınca yapılan gezici/yerinde sağlık hizmeti süresi aile hekiminin gezici/yerinde sağlık hizmeti süresinden sayılmaz³⁰.

2.6.6. Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge (03.08.2011 tarih 25143 sayılı Makam Oluru)

Madde 7-(1) Toplum sağlığı merkezi personeli, görevlerine yönelik olarak Bakanlığın ön gördüğü eğitimlere tabi tutulurlar. Bu eğitimlerin en az % 80'ine katılmak zorunludur. Eğitimlerin süresi, içeriği ve eğitimle ilgili diğer hususlar Bakanlık tarafından belirlenir.

(2) Toplum sağlığı merkezinde çalışan hekimlerin eğitimleri iki aşama halinde sürdürölür. Birinci aşama uyum eğitim programı en az beş gündür. Halk sağlığı ve epidemiyoloji uzmanlarının, halk sağlığı ya da epidemiyoloji alanında doktora veya yüksek lisans yapmış hekimlerin bu eğitimlere katılması zorunlu deđildir³¹.

(3) Toplum sağlığı merkezi sorumlu hekimi olarak görevlendirilenler birinci aşama uyum eğitimini sorumlu hekim olarak görevlendirildikleri tarihten itibaren 6 ay, ikinci aşama eğitimleri ise Bakanlığın öngördüğü süre içinde başarıyla tamamlamak zorundadırlar. Bu eğitimleri başarıyla

tamamlayamayan sorumlu hekimlerin sorumlu hekimlik görevlendirmeleri iptal edilir. Görevlendirmesi iptal edilen hekimler bu eğitimleri başarıyla tamamlamadıkça tekrar sorumlu hekim olarak görevlendirilemezler.

Plan ve Program Yapma

Madde 11-(5) Toplumun ve kişilerin sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla Bakanlıkça gönderilen her türlü materyal, ilaç ve malzemelerin aile sağlığı merkezine ulaştırılması için tüm lojistik desteği sağlar.

Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü

Madde 14-(3) Her aile sağlığı merkezinde en az bir sağlık personelinin PPD (tüberküloz deri testi) uygulaması konusunda eğitilmesini sağlar/sağlatır. Aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının bulaşıcı hastalıklar, sürveyans ve aşı uygulaması konusundaki eğitimlerini müdürlük ile koordineli olarak planlar ve uygulamasını sağlar.

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

Verem Savaşı Hizmetleri

Madde 15-(2) Belli aralıklarla halk eğitim programları düzenler.

Üreme Sağlığı Hizmetleri

Madde 18-(3) Üreme sağlığı konusunda halk eğitimleri için yerel idareciler ve toplum liderleri başta olmak üzere ilgili kişi ve kurumlarla işbirliği yapar, eğitim programlarını planlar ve uygular³¹.

Sağlığın Geliştirilmesi ve Teşviki

Madde 27- (1) Toplumun sağlık konusunda bilgi düzeyinin artırılması, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve bireylerin sağlıklı davranış alışkanlıkları kazanması için faaliyetler planlar. Planlama aşamasında bölgedeki sağlık kuruluşları, üniversiteler ve ilgili diğer kuruluşlarla işbirliği yapar. Bakanlıkça yürütülen tütün, alkol ve madde bağımlılığı, obezite gibi risk faktörlerine yönelik olarak toplum eğitimi ve diğer gerekli çalışmaları yürütür. Bu alana yönelik olarak oluşturulan ulusal kontrol programlarını bölgesinde uygular veya uygulanmasını sağlar. Planlanan eğitim programlarını hedef gruba (toplu halk eğitimi, esnaf eğitimi v.b.) ve amacına göre uygular ya da bölgesindeki sağlık kuruluşları aracılığı ile uygulanmasını sağlar.

Sağlık Eğitimi Hizmetleri

Madde 28-(1) Bakanlık tarafından “sürekli eğitim” kapsamında oluşturulan hizmet içi eğitim programlarını yürütür. Aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarına yönelik, Bakanlıkça belirlenen aile hekimliği kapsamındaki yıllık hizmet içi eğitimlerin planlamasını yapar, lojistik desteği verir. Bölgenin genel durumunu ve sağlık ölçütlerini dikkate alarak bilgi yenilenmesi ihtiyacı gerekli görülen eğitimler konusunda müdürlük ile işbirliği yaparak ve gerekli durumlarda diğer kuruluşlardan destek alarak hizmet içi eğitimleri düzenler.

(2) Toplum sağlığı merkezi personeli başta olmak üzere bölgesinde bulunan sağlık personelinin hizmet içi eğitimleri için, seminer, bilimsel tartışma ve bilgilendirme toplantıları gibi etkinlikler yapar, gerekirse personelinin diğer kurumlardaki eğitici etkinliklere katılmalarını sağlar³¹.

Toplum Sağlığı Merkezinde Çalışanların Görev Tanımları ve Sorumlulukları

Sorumlu Hekimin Görevleri

Madde 33-j) Personelin hizmet içi eğitimlerini planlar, uygular veya uygulatır,

Hekimin Görevleri

Madde 34-h) Halkın sağlık eğitimini yapar,

- ı) Personele yönelik hizmet içi eğitim programlarını yürütür,
- m) Halk eğitimi materyali ihtiyacının belirlenmesi, hazırlanması ve kullanılmasını sağlar,
- s) Bulunduğu bölgedeki aile sağlığı merkezinde görevli sağlık personelinin yıllık plan ve programlar dâhilinde hizmet içi eğitimini verir,

Sağlık Memuru, Hemşire ve Ebenin Görevleri

- Madde 35-i) Bireysel ve grup eğitimlerine katılır, halkın sağlık eğitimi çalışmalarının planlanması ve uygulanmasında görev alır,
- k) Hizmet içi eğitim hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasında görev alır,
 - l) Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, toplum kalkınması hizmetlerinde görev alır³¹.

2.7. Keneler

Keneler zorunlu kan emici artropodlar (eklem bacaklılar) olup, Dünya'nın her bölgesinde gözlenmektedirler. Ülkemizde halk arasında kene, sakırğa, yavısı, kerni gibi isimlerle bilinmektedirler. Keneler morfolojik olarak diğer artropodlardan farklı olup, vücutları tek bir parçadan oluşmuştur. Vücudun ön tarafında ağız organelleri yer almaktadır.

Keneler kan emerek beslenir, ancak bu diğer kan emen artropodlardan farklıdır. Keneler konaklara tutunup ağız organellerini deri içine sokarlar ve burada sabitlenip doyana kadar aynı yerden kan emerler². Balıklar dışında tüm omurgalıların kanıyla beslenebilirler³².

Keneler, insan ve hayvan hastalıklarının naklinde rol oynayan en önemli vektörlerdendir ve diğer artropod gruplarının aksine birçok farklı yapıdaki enfeksiyöz etkenleri (bakteri, virus, parazit, mantar) taşıyabilme yeteneğine sahiptirler².

Keneler yumurta dönemleri hariç diğer biyolojik evrelerinde insanlara saldırarak kan emebilir. Genel olarak da konakçı spesifitesi göstermezler³³.

Kene ısırığı ile oluşan hastalıkların geçiş mekanizması henüz tam anlaşılamamıştır. Kabul edilen mekanizmaya göre kanla beslenme sırasında kenenin bağırsağında bulunan patojen kenenin tükürük bezlerine göç eder ve buradan da konağa geçer. Bir kene insan vücuduna tutunduğunda tükürük bezlerindeki prostaglandinler deriye geçer. Bu prostaglandinler makrofajlardan İL-1 ve TNF-alfa üretimini; T lenfositlerden İL-2 ve İF-gama sekresyonunu azaltır. Bu durum konağın lokal bağışıklık cevabını baskılayıcı etki yapar. Kene tükürüğünde bulunan *apyraseadlı* enzim, vazodilatasyonu uyararak ve platelet agregasyonunu muhafaza ederek keneye olan kan akışını sağlar.

Ayrıca kene tükürüğünde pıhtılaşma zincirini baskılayarak lezyon bölgesine kan akışını arttıran faktörler bulunmaktadır. Bu faktörler hem kenenin kanla beslenmesini artırır hem de enfeksiyöz ajanların konağa geçişini kolaylaştırır^{32,34}.

Keneler nemli ve çalılık alanlarda bulunur. Yumurtalarını genelde yaprakların üzerine bırakırlar. Çok hareketli değildirler ama beslenmek için hayvanlara geçerler. Çalılık bölgelerden geçerken sürtünme esnasında kıyafetlere geçebilir veya ağaçlık bölgelerde dallardan insan üzerine düşebilirler. Vücudun herhangi bir yerine yapışabilirler. Sık ağaçlarla çevrelenmiş bahçeler, kuş yuvaları, kuş bakıcıları, ev dışında yaşayan evcil hayvanların evin içine alınması, odun kümeleri, çalılıklar, taştan yapılmış parmaklıklar, ağaç evler, çiftçiler, tatlı su balıkçılığı, avlanma, dağcılık gibi doğa sporları yapışma riskini artırır³⁵.

Hastalık riskinin; vektör kene yayılımı yanında, özellikle parçalı arazi yapısına sahip alanlarda (orman içi açıklıklar ve tarım alanları, ormana yakın tarım arazileri) yoğunlaştığı, kuru taban örtüsüne sahip ve yaban hayatıyla iç içe olan meşe ormanlarının olduğu bölgelerde daha fazla olduğu gözlenmiştir².

Kedi ve köpek gibi evcil hayvanlar evden uzaklaştıkları zaman üzerlerinde kene taşıyarak geri gelebilirler. Günümüze kadar kullanılan hiçbir mücadele yöntemi (birkaç sınırlı alan hariç), tam bir kene eradikasyonu sağlayamamıştır³².

Hayvanlardan ve kenelerden izole edilen virüsün Balkanlar, Kırım ve Rusya'dan izole edilenle aynı grupta olduğu gösterilmiştir².

2.7.1. Keneler ve KKKA Hastalığı

KKKA ile kenelerin ilişkisi ilk defa 1944-1945 yıllarında Kırım'da hasat toplayan çiftçilere yardım eden askerlerde hastalığın oluşması ve etkenin kenelerden izole edilmesi sonucunda önem kazanmıştır. *Ixodidae* ve *Argasidae* ailesine bağlı 31 kene türünün virusun vektörü olabileceği bildirilmesine rağmen, bunların tümünün vektör potansiyeli gösterilememiştir.

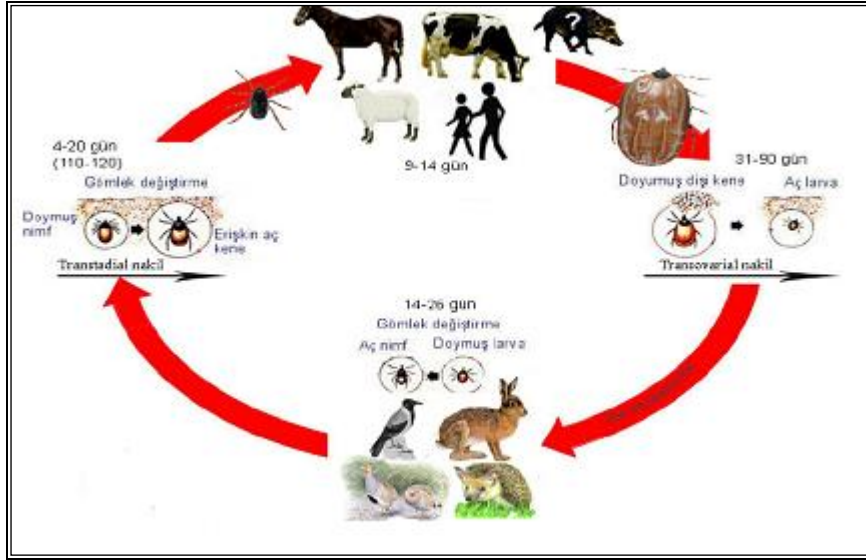
Günümüzde hastalığın başlıca vektörlerinin *Hyalomma marginatum marginatum*, *H.m.rufipes* ve *H.anatolicum anatolicum* olduğu kabul edilmektedir.

H.m. marginatum, Güney Avrupa, Kuzey Afrika, Anadolu, Kafkaslar ve Eski Sovyet Cumhuriyetlerini içine alan geniş bir yayılım alanına sahiptir. Bu keneler şubat ile aralık ayları arasında hayvanlar üzerinde görülebilse de, erişkinler mart-ağustos, larva ve nimfler ise haziran-kasım dönemlerinde aktif olarak kan emerler. Kışı, genellikle doymuş nimf veya aç erişkin şeklinde, ahırlardaki duvar çatlaklarında veya meralardaki (yarı-ormanlık alanlarda) kemirici yuvaları, toprak içinde veya ağaç kovuklarında geçirirler³⁶.

Hastalığın ortaya çıkışında insanların doğal hayata müdahalesi de bir faktör olarak öne sürülmektedir. Örneğin; 1944 yılında Kırım'daki ilk salgında, daha önce yaban hayatının hüküm sürdüğü alanların ilk defa tarıma açılması ve insanların buradaki vahşi yaşamla iç içe olmaları sorumlu tutulmaktadır.

Türkiye salgınının ilk ortaya çıktığı Tokat'ın Almus ilçesi ve yaylalarında da daha önceden terör nedeniyle yaylaya çıkma ve avlanma yasağı getirilmiş ve daha sonra yasağın kalkmasıyla insanlar vahşi hayatın hakim olduğu bu alanlara yeniden gelmişlerdir³⁷.

Şekil 4. *Hyalomma Marginatum Marginatum*'un Yaşam Döngüsü



2.8. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) Hastalığı

Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) hastalığı tarihte ilk kez 12. yüzyılda Tacikistanlı bir doktor tarafından kanamalarla ve ateşle seyreden tipik klinik tablosu ile tanımlanmıştır. Özbekistan'da yöresel adı ile hastalık yıllarca, khungripta (kan alımı), khunymuny (burun kanaması), karahalak (kara ölüm) gibi isimlerle anılmıştır³⁷.

Hastalık, II. Dünya Savaşı sırasında 1944 ve 1945 yılı yaz aylarında Batı Kırım steplerinde eski Sovyetler Birliği askerleri arasında görülmüş ve 200'den fazla kişiyi etkilemiştir. O zamanlar hastalığın kene ile ilişkisi belirlenmiş ve hastalığa Kırım Hemorajik Ateşi adı verilmiştir.

Daha sonra etken virüs, hastalık tablosundaki insanlar ile ergin *Hyalomma marginatum* keneleri ve nimf formlarından, Kongo virüs ise 1956 yılında Zaire'de ateşli bir hastadan izole edilmiştir.

Aradan geçen 11 yıl sonra Simpson ve ark. (1967), besi laboratuvar kaynaklı 12 sarılıklı hasta tanımlamış ve virüs, yenidoğan farelere enjekte edilerek izole edilmiştir.

Aynı araştırmacılar, 1956 yılında izole edilen virüs ile sonradan izole edilen virüslerin aynı virüs olduklarını bildirmişlerdir.

1969 yılında ise Kongo virüs ile Kırım Hemorajik Ateş virüslerinin biyolojik olarak benzer virüs olduğu gösterilmiş bu nedenle hastalık, “Kırım Kongo Kanamalı Ateşi” “Crimean Congo Haemorrhagic Fever” olarak anılmaya başlanmıştır^{38,39,40}.

KKKA hastalığı ateş, halsizlik, baş ağrısı, kas ağrısı, bulantı-kusma, ishal, şiddetli olgularda kanama ve şok ile seyreden kene kaynaklı, akut ve ciddi seyirli bir viral hastalıktır. Son yıllarda tedavide görülen gelişmelere rağmen %3-30 (ülkemizde % 4,5) ölümlerle sonuçlanabilmektedir^{4,41}.

2.8.1. Etken

KKKA virüsü, Bunyaviridae ailesinden Nairovirus cinsinde yer alan 100 nm büyüklüğünde, helikal kapsidli, zarflı ve çok segmentli RNA virüsüdür. Nairovirus cinsi içinde artropodların vektörlük yaptığı 32 farklı etken tanımlanmıştır. Bunlar arasında insanlar için hastalık riski taşıyanlar Dugbe, Nairobi koyun virüsü ve en önemlisi KKKA virüsüdür^{42,43,44}.

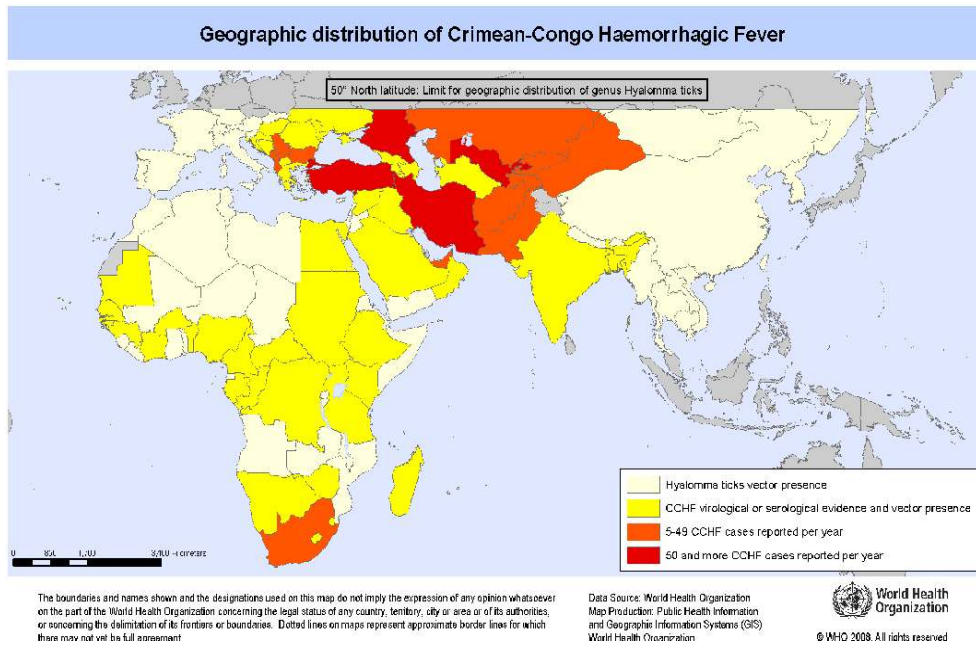
KKKA hastalığı virüsü fiziksel ve kimyasal ajanlara nispeten dayanıksızdır. Konak dışında yaşayamaz. Ultraviyole ile hızla ölür, ısıtmakla 56°C’de 30 dakikada inaktif olur. Kanda 40°C’de 10 gün yaşayabilir. Dezenfektanlardan %1 hipoklorit ve %2 glutaraldehite ve deterjanlara duyarlıdır. Hücre kültüründe üretilir^{40,45}.

Filogenetik analiz çalışmaları ile değişik coğrafi bölgelerde görülen 8 genotipi tanımlanmıştır. Türkiye'den izole edilen suşun Kosova ve Güney Batı Rusya tipi ile benzer filogenetik yapıda olduğu gösterilmiştir. CCHF virüsünün rezervuarları domuz, tavşan, fare gibi yabani vertebralılar ve Hyalomma cinsi kenelerdir. Virüsün yaşam siklusu vertebralılar ve keneler arasında devam etmektedir. Sığır, koyun, keçi, at, eşek gibi evcil hayvanların serumlarında da antikorlar gösterilmiştir. Bu hayvanlarda viremi olmasına rağmen hastalık oluşmamaktadır⁴.

2.8.2. Coğrafi Dağılımı

Hastalık sıklıkla Asya, Ortadoğu, Doğu Avrupa ve Afrika'da endemiktir. Rusya, Kazakistan, Irak, İran, Pakistan, Afganistan, Hindistan, Çin, Bulgaristan, Yunanistan, Türkiye, Macaristan, Yugoslavya, Makedonya, Fransa, Zaire, Nijerya, Kongo, Kenya, Uganda, Tanzanya, Etiyopya ve Mısır'da KKKA virüsünün aktif olduğu tespit edilmiştir^{43,46}.

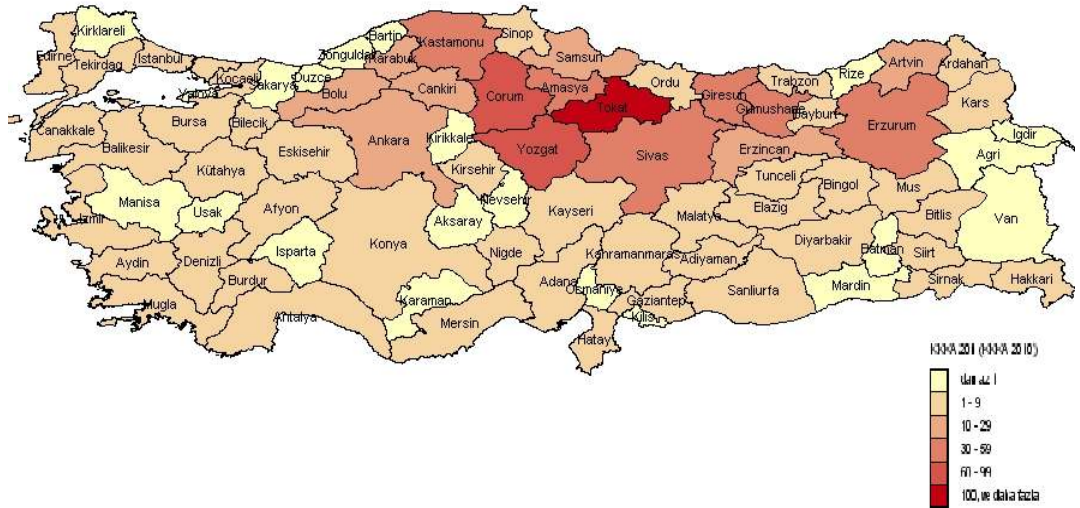
Şekil 5. KKKA Hastalığının Dünya'da Coğrafi Dağılımı.



Ülkemizde ise ilk kez 2002 yılında görülen ve 2003 yılında tanımlanan hastalık, ilkbahar ve yaz aylarında (nisan-ekim) görülmekte ve haziran-temmuz aylarında pik yapmaktadır. İlk kez Tokat yöresinde tespit edilmiş ve daha sonra yayılarak geniş bir alanı etkilemiştir.

KKKA ağırlıklı olarak İç Anadolu Bölgesinin kuzeyi, Karadeniz Bölgesinin güneyi ve Doğu Anadolu Bölgesinde görülmektedir. Hastalığın yoğun olarak görüldüğü başlıca iller; Erzurum, Erzincan, Gümüşhane, Bayburt, Tokat, Yozgat, Sivas, Amasya, Çorum, Çankırı, Bolu, Kastamonu, Bartın, Karabük gibi illerimizdir. Ülkemizde son yıllarda hastalığın görüldüğü alan genişlemiş olup hemen hemen her ilden vaka bildirimi yapılmaktadır. Ülkemizde bildirimi zorunlu C grubu hastalıklar arasında yer almaktadır⁴¹.

Şekil 6. KKKA Hastalığının Ülkemizde Coğrafi Dağılımı



2.8.3. Bulaş Yolları

Virüs, birçok evcil ve yabani hayvana kenelerin ısırması ile bulaşmakta ancak hastalık belirtisiz seyretmektedir. Bu nedenle yabani kemirici hayvanlar, sığır, koyun, keçi gibi çiftlik hayvanları, tilki, kurt, çakal gibi yabani hayvanlar ve keneler hastalığın doğadaki rezervuarlarıdır⁴¹. Ayrıca, kuşlar keneler için önemli bir konak gurubunu oluşturmaktadır. Kanatlı hayvanların birçoğu enfeksiyona dirençlidir ve yabani kuşların mevsimsel göçleri ile virüs kıtalar arası taşınabilmektedir⁴³.

- *Hyalomma* cinsi kenelerin (özellikle *Hyalomma marginatum marginatum*) deriye tutunması; endemik bölgelerde en sık rastlanan bulaş yoludur.

- Viremi dönemindeki hayvanların kan ve vücut sıvıları ile temas; genellikle enfekte hayvanın kesilmesi ve akabinde etinin işlenmesi sırasında bulaş olur. Etin bekletilmesi ile pH asidik olacağından virüs bu ortamda ölür. Teorik olarak beklemiş etlerin bulaştırıcı olmadığı söylenebilir.

- Hasta kişilerin kan ve vücut sıvıları ile temas; KKKA hastalarına bakım veren sağlık personeli, laboratuvar çalışanları ya da hasta ile yakın teması olan hasta yakınlarına hastanın kanı, enfekte doku ve sekresyonları ile bulaş olabilir. Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Enfeksiyon hastalıkları kliniğinde yapılan bir çalışmada, kanama bulguları olmayan KKKA tanısı almış hastaların idrar ve tükürük örneklerinde KKKA virüsü gösterilmiş ve viral yükün serumdakine yakın değerlerde olduğu saptanmıştır.

- Damlacık / hava yolu ile bulaş; hastalık, öksürük ve invaziv işlemler (entübasyon, bronkoskopi, endoskopi vb.) sırasında damlacık yoluyla bulaşabilir. Ancak şimdiye kadar KKKA dahil viral hemorajik ateşlerin hiç birinde hava yolu ile bulaşın olduğu gösterilmemiştir⁴.

2.8.4. Risk Grupları

Daha çok hayvancılıkla uğraşanlarda, mezbaha çalışanlarında ve kırsal kesimde yaşayanlarda enfekte hayvanların kan ve dokuları ile temas sonucu ve süt içimi ile de bulaş olabilmektedir. Nozokomiyal epidemiler de ağır kliniği olan hastalara ait kan ve/veya kanlı sekresyonlarla direkt temas ve hava yolu ile de oluşabileceği açıktır.

Hastalık için tarım çalışanları ve hayvancılık ile uğraşanlar (çiftlik çalışanları, çobanlar, kasaplar, mezbaha çalışanları, et ve et ürünleri market işçileri), veterinerler, hasta hayvan ile teması olanlar ve akut hastalarla temas olasılığı olduğundan endemik bölgelerde görev yapan sağlık personeli, askerler, kamp yapanlar ile deri fabrikası işçileri yüksek risk altındadır. Epidemi sırasında muhtemelen evcil hayvanlar konak hacmini genişletmektedir^{39,40,41}.

2.8.5. Klinik

KKKA virüsü vertebralılar arasında sadece insanlarda şiddetli ve fatal enfeksiyon oluşturmaktadır. İnsanlarda belirtili enfeksiyonun, belirtisiz enfeksiyona oranı bilinmemekte ise de yaklaşık 1/5 olarak tahmin edilmektedir⁴⁰.

Virüs konağa deriden kenenin kan emmesi sırasında verildiğinde deri ve derialtı dokuları ile bölgesel lenf dokusundaki lokal replikasyonu takiben kısa bir viremi ile karaciğer, lenfoid dokular, kaslar ve bağ dokusu gibi majör organlara yayılır. Buradaki ikincil replikasyonun ardından sekonder viremi oluşturmaktadır. Hastalığa özgül klinik tablo da bu viremi süresince oluşmaktadır. Viral Kanamalı Ateşlerde hastalığın üstesinden gelinmesinde vireminin kontrol edilmesi önemlidir. Viremi kontrol edilemediğinde Ebola kanamalı ateşi, Lassa ateşi ve Rift vadisi ateşi'nde olduğu gibi KKKA'da da ölüm kaçınılmazdır. Özellikle KKKA hastalığında yüksek viremi ölüm ile bağlantılı olarak bulunmuştur⁴¹.

Hastalığın inkübasyon süresi virüsün alınma yoluna bağlıdır. Kene ısırığını izleyen infeksiyonda inkübasyon süresi genellikle 1-3 gün olmakla beraber, 9 güne kadar uzayabilir. Hastane personeli arasında indeks olguyu takiben gelişen olgularda ise 3- 10 (ortalama 5.6) gündür. Klinik tablo hafif, orta ve ciddi olmak üzere farklı formlarda görülebilir.

Başlangıç semptomları genellikle nonspesifik ve anidir. İlk semptom genellikle baş ağrısıdır. Daha sonra üşüme-titremlilik ile 39-40 °C'ye çıkan ateş, boğaz ağrısı, aşırı halsizlik ve yorgunluk, yaygın kas ve eklem ağrıları ortaya çıkar. Başlangıç bulguları gribe benzer. Şikâyetlere baş dönmesi, ense ağrısı, ışığa duyarlılık, sarılık, duygu durum değişikliği eklenir. Başlangıçta bulantı ve kusma olabilir. Bu belirtilere karın ağrısı ve sulu ishal eşlik edebilir. Hasta huzursuzluk içindedir⁴¹.

Hastaların yaklaşık %90'ı hafif bir klinik seyir gösterir, muhtemelen bir kısmı da hastalığı inaparan geçirmektedir. Bölgede hastalık geçirme öyküsü olmayanlar arasında yapılan serosürveyans çalışmasında %16 civarında seropozitiflik tespit edilmiştir.

Bazı hastalarda konjunktival kızarıklık olabilir. Hastaların bir kısmında özellikle trombositopenisi derin olanlarda veya hemostaz panelinde bozukluk olanlarda mukozal ve cilde ait kanamalar görülür³⁷.

Daha sonra yaygın vaskülit, hepatit ve trombositopeniye bağlı ortaya çıkan belirtiler klinik tabloya hakim olur. Birkaç gün içerisinde bilinçte bulanıklaşma, konfüzyon ve ajitasyon gelişebilir. İki-dört gün sonra ajitasyon yerini bitkinlik ve depresyona bırakabilir ve sağ üst kadranda lokalize karın ağrısı ve hepatomegali saptanabilir.

Diğer klinik bulgular, ilk günlerde ortaya çıkan cilt ve mukozal yüzeylerde (ağız içinde, boğazda) peteşiyal döküntüler, konjunktivalarda hiperemi, taşikardi ve lenfadenopati.

Bu dönemde rölatif bradikardi görülebileceği unutulmamalıdır. Noktasal kanamalar zamanla birleşme eğilimi göstererek geniş ekimotik alanlara dönüşebilir. Ayrıca burun, diş eti, idrar yollarından, bağırsak sisteminden ve vajinal yoldan kanamalar görülebilir. İç organlara ait kanama bulguları saptanabilir. Başlangıçta bradikardi gelişen olgularda, kanamalardan sonra taşikardi görülebilir.

Genellikle hepatite bağlı bulgular bu dönemde ortaya çıkar. Ağır hastalarda beşinci günde karaciğer, böbrek ve solunum yetmezliği gelişir³⁷. Şuur değişiklikleri, ajitasyon, konvülziyon, ARDS, böbrek yetmezliği, DİK, koma ve ölüme kadar giden ağır klinik tablolara neden olabilir.

Hastalar beyin, karaciğer, böbrek, kalp ve akciğer yetmezliğinden ölürlür. Ölümler genellikle klinik bulguların ikinci haftasında görülür. Hafif ve orta derecede klinik seyir gösterenler yaklaşık 9-10 günde iyileşir. Tam iyileşme süreci genellikle 2-6 haftalık bir sürede gerçekleşir. Güçsüzlük ve halsizlik iyileşmeden sonra haftalarca sürer. İyileşen olgularda sekel görülmez⁴⁹.

Mortalite ile ilgili çeşitli bildirimler mevcuttur ve %8-80 arasında değişmektedir. Hafif ve orta derecede klinik seyir gösteren olgularda iyileşme genellikle 9-10. günlerde başlar, ateş 9.-20. günler arasında düşer ve kanama durur. Ancak tam olarak iyileşme 4 hafta ve daha uzun sürebilir^{43,50}.

2.8.6. Laboratuvar Bulguları

Laboratuvar bulgularına bakıldığında, lökopeni, trombositopeni, aspartat aminotransferaz (AST), alanin aminotransferaz (ALT), kreatin kinaz (CK) ve laktat dehidrogenaz (LDH) enzimlerinde yükselme dikkati çekmektedir. Protrombin zamanı, parsiyel tromboplastin zamanı ve diğer pıhtılaşma testlerinde belirgin bozukluk görülmektedir.

Klinik olarak belirgin kanama olmasa da hemoglobin düzeylerinde düşme gözlemlenebilir.

Bilirubin, alkalen fosfotaz (ALP) ve gamaglutamil transferaz (GGT) değerlerinde yükselme olabilir. Yaşayan hastalarda tam kan sayımı ve biyokimyasal tetkikleri içeren laboratuvar bulguları genellikle 5-9. günlerde normal düzeylerine gelirler. Ölüm daha çok hastalığın ikinci haftasında (5-14 gün) görülmektedir.

Yapılan çeşitli çalışmalarda hastalığın ağırlık kriterleri belirlenmiştir. Beyaz küre sayısının $10 \times 10^9/L$ üzerinde olması, trombosit sayısının $20 \times 10^9/L$ altında olması, AST düzeyinin 700 U/L üzerinde, ALT düzeyinin 900 U/L üzerinde, parsiyel tromboplastin zamanının 60 saniye üzerinde ya da fibrinojenin 110 mg/dl altında olması, melena ve bilinç değişiklikleri ağırlık kriterleri olarak tanımlanmıştır⁴¹.

2.8.7. Tanı

KKKA hastalığında erken tanı hastalara müdahale ve nozokomiyal enfeksiyonun önlenmesi açısından çok önemlidir. Ayırıcı tanı listesi coğrafi bölgeye göre değişmekle birlikte bakteriler, virüsler ve enfeksiyon dışı etkenleri kapsar. Pulmoner tutulum, ensefalit benzeri klinik tablolar ön planda değildir. Ayrıca, ateş ve hastalık gelişimi akut seyirli olduğundan öyküsü 2-3 haftayı bulan hastalarda tanıdan uzaklaşılır. Örnek olarak, KKKA, nedeni bilinmeyen ateşlerin klasik tanımı içinde yer almaz.

Hastalığın kesin tanısı serum örneğinde PCR ile viral genomun ya da ELISA ile spesifik IgM antikorlarının gösterilmesi ile konulur. IgM antikorları hastalığın 6-7. gününden itibaren ve IgG antikorları ise hastalığın yaklaşık 7-10. gününden itibaren serumda belirlenebilir. IgM antikorları dört ay kadar serumda saptanabilir⁴¹.

IgG antikorları ise beş yıla kadar serumda tespit edilebilirler. IgM pozitifliği geçirilmekte olan enfeksiyonun tanısını koydururken tek başına IgG pozitifliği tanı koydurmaz.

Yeni ya da geçirilen enfeksiyon, serokonversiyonun ya da daha sonra alınan antikor titresinde dört kat artışın gösterilmesi ile doğrulanır. Revers transkriptaz PCR gibi moleküler yöntemler erken tanıda tercih edilen tanı yöntemleridir. KKKA virüs enfeksiyonunun erken teşhisi için en çok tercih edilen revers transkriptaz PCR yöntemidir. Bu yöntem yüksek derecede özgül, duyarlı ve hızlıdır. Daha duyarlı ve özgül olan yeni geliştirilmiş yöntem otomatize “real-time assay”dır. Bu yöntem ile kontaminasyon riski en aza indirilmektedir^{41,51,52}.

2.8.8. Ayırıcı Tanı

Ayırıcı tanıda bruselloz, salmonelloz, riketsiyoz, leptosproz, erlihiyoz, tatarcık humması gibi hastalıklar ve diğer viral kanamalı ateşler düşünülmelidir (Tablo 2).

Tablo 2. KKKA Hastalığı Ayırıcı Tanısında Düşünülecek Hastalıklar, Kliniği ve Laboratuvar Bulguları ve Ayırıcı Tanı Kriterleri

Hastalık	Klinik ve Laboratuvar Bulgular	Ayırıcı Tanı Kriterleri
Bruselloz	Ateş, halsizlik, iştahsızlık, terleme, kilo kaybı, artralji, hepatomegali, splenomegali, pansitopeni, ALT/AST yüksekliği	Wright aglütinasyon testi
Q ateşi	Ateş, halsizlik, terleme, baş ağrısı, miyalji, bulantı, kusma, trombositopeni, CK ve ALT/AST yüksekliği	ELISA veya IFA testi
Riketsiyoz	Ateş, baş ağrısı, kas ağrısı, döküntü, nötropeni, trombositopeni, ALT/AST yüksekliği, bulaşma yerinde eskar veya lokalize LAP	Weil-felix testi PCR
Erlhiyoz	Ateş, baş ağrısı, kas ağrısı, iştahsızlık, döküntü, lökopeni, trombositopeni, ALT/AST yüksekliği	PCR, IFA testi
Tataarcık humması (Sandfly Fever)	Ateş, halsizlik, baş ağrısı, kas ağrısı, trombositopeni, lökopeni	PCR, IFA testi
Hanta	Ateş, göz, sırt ve baş ağrısı, periorbital ödem, akut böbrek yetmezliği, akciğer ödemi, koagülopati, kanama	ELISA, PCR
Leptospiroz	Ateş, baş ağrısı, kas ağrısı, kusma, konjonktival kızarıklık, anemi, trombositopeni, kreatinin ve CK yüksekliği, ikterik olgularda ALT/AST yüksekliği ve kanama	MAT
Salmonelloz	Ateş, halsizlik, miyalji, baş ağrısı, öksürük, karın ağrısı, ishal/kabızlık, hepatomegali, splenomegali, pansitopeni, ALT/AST yüksekliği	Widal testi
Vitamin B12 eksikliği	Pansitopeni, ateş	Serum B12 düzeyi
Febril nötropeni	Öykü, altta yatan hastalık	Periferik yayma kemik iliği

2.8.9. Tedavi

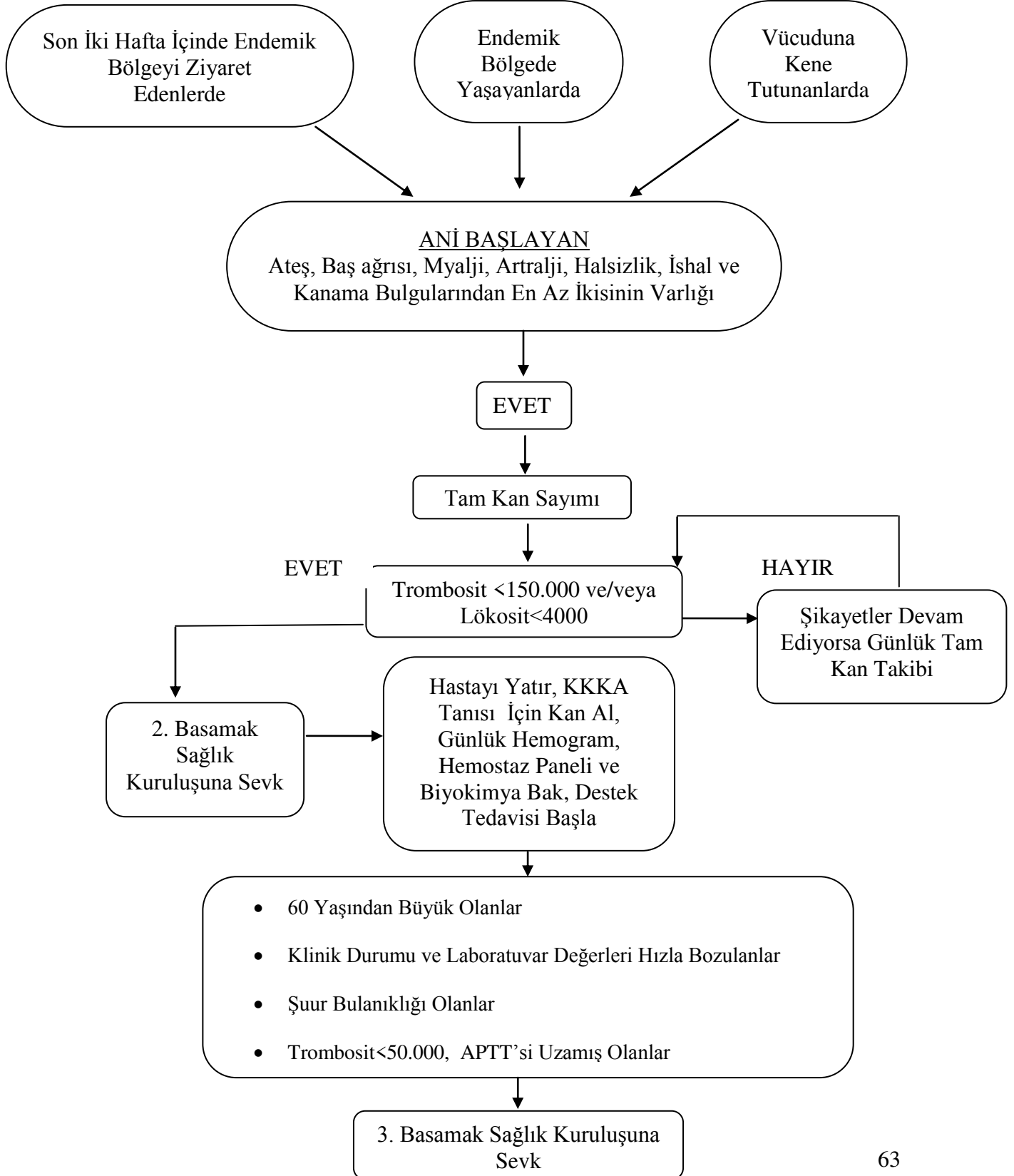
Destek tedavisi, KKKA'nın temel tedavisidir. Vital bulgular izlenmeli ve desteklenmeli, ciddi olgular yoğun bakımda takip edilmelidir^{37,40}.

Bunun yanısıra hastanın sıvı ve elektrolitlerinin, kan komponentlerinin izlenmesi, kanama takibi, gerekirse replasman yapılması (taze donmuş plazma, trombosit süspansiyonu, eritrosit süspansiyonu) önemlidir. Spesifik antiviral tedavide in vitro ve in vivo çalışmaları olan tek antiviral ajan ribavirindir. Ribavirinin etkinliğini kanıtlayan randomize karşılaştırmalı klinik çalışmalar henüz bulunmamaktadır.

Uygun hastalarda (enfeksiyonun erken döneminde) etkinliğini gösteren çalışmalar olduğu gibi mortalite üzerine etkisi olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur⁴¹.

Günümüzde Food and Drug Administration (FDA), KKKA için henüz özgül bir antiviral tedavi kabul etmemiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise hastalığın tedavisinde intravenöz ve oral ribavirin kullanılmasını önermektedir^{38,53}.

Şekil 7. KKKA Vaka Yönetim Algoritması



2.9. Korunma ve Kontrol

Bütün enfeksiyon hastalıklarının kontrolünde korunma ve izolasyon önlemleri büyük öneme sahiptir. Ancak, doğrudan veya dolaylı olarak çok hızlı bir şekilde bulaşabilen ve bugün için tam olarak etkili bir ilacı bulunmayan viral hastalıklarda korunma ve izolasyon önlemleri daha da önemlidir.

Bunlar;

- Kenelere karşı kişisel korunma önlemlerinin alınması
- Kırsal kesimde kenelere karşı olan ihmal ve önem vermeme gibi bulaş riskini artıran tutumun ortadan kaldırılması
- Hastalığın artışına yol açan yaban hayatındaki değişimlerin incelenmesi
- İşbirliği çalışmalarının yapılması

2.9.1. Kişisel Korunma Önlemleri

KKKA riski olmasa bile, kenelerle bulaşabilen diğer hastalıklardan da korunmak için her zaman uygulanması gereken hususları içerir;

- Tavşan, kirpi, ve yerden beslenen kuşların dolaştığı alanlarda potansiyel olarak aç erişkin kenelerle karşılaşma riski vardır. Coğrafik açıdan ele alındığında, KKKA virüsünün vektörleri toprağın ve havanın yüksek oranda nem içerdiği bölgelerde pek rastlanmazlar. *Hyalomma m.marginatum* genellikle yaban hayvanınca zengin bodur meşelik ormanlar ile kaplı, kurak veya yarı kurak bozkır geçiş alanlarında bulunur. Parçalı arazi yapısının (orman içi tarım arazileri ve açıklıklar, orman kenarındaki tarım arazileri) gözlemlendiği alanlar, yüksek oranda kene-insan temasının yaşandığı, KKKA açısından en riskli yerlerdir.

- Kene riski olan yerlerde bulunulduğunda, vücudu tamamen örtecek giysiler giyilmelidir. Kenelerin vücuda girebileceği olası açıklıkların kapatılması önemlidir (Pantolon paçalarının çorap içine konulması, çizme giyilmesi vb.).

- Kenelerin bulunduğu alanlara gidilirken vücudun açıkta kalan alanlarına sürülebilen böcek kovucu maddelerin uygulanması, korunma için etkili olmaktadır. Dietiltoluamid (DEET) içeren böceksavar ilaçların cilde sürülmesi koruma sağlayabilmektedir.

- Keneden korunmada en etkili yöntemlerden birisi de insektisit/akarisit emdirilmiş (repellent yapılmış) elbiselerin giyilmesidir. Sentetik piretroid grubu bir insektisid olan permetrin, % 0,5 yoğunlukta sprey tarzında elbiselere uygulandığında, kenelere karşı birkaç hafta süren çok etkili bir koruma sağlamaktadır. Keneler, insektisitle muamele edilmiş bu gibi elbiselere temas ettiklerinde ölürler.

Kene ile bulaşan hastalıklarda, cilde sürülerek ve repellent yapılmış elbiselerin giyilmesi uygulamalarında yıllarca kullanılan %0,5 permethrin etken maddeli kene kovucuların üretim ve kullanımı Biyosidal Ürünler Yönetmeliği ve Sağlık Bakanlığı 27.05.2009 tarih B.10.0.TSH.0.10.00.03/15759 sayılı Makam Oluru ile yasaklanmıştır.

- Riskli alanlarda bulunulan zamanlarda, kenelerin elbiselerin altına girebileceği muhtemel açıklıkları kapatmak çok önemlidir. Uzun kollu kapalı elbiseler giymek ve pantolon paçalarını çorapların içine sokmak, basit görünse de hayli etkili bir önlemdir. Elbiselerin açık renkte olması, gelen kenelerin kolayca görülmesini sağlar. Her iki saatte bir vücudu kene yönünden gözden geçirmek, akşamları eve gelindiğinde vücudu tamamen muayene etmek, kenelerin henüz hastalık etkenini vermeye başlamadan bulunması ve uzaklaştırılması bakımından oldukça önemlidir.

- Eve gelindiğinde vücut kene yönünden kontrol edilmeli, kene varsa bir cımbızla, kenenin deriye yapıştığı yerden tutulup sağa sola oynatılarak çivi çıkarır gibi çıkarılmalıdır.

- Risk altındaki kişilerin, sık aralıklarla kene yönünden vücut muayenelerini yapmaları önemlidir. Kene vücuttan ne kadar kısa sürede çıkarılırsa hastalık riski de o kadar azalmaktadır.

- Kene ile temastan veya kene çıkarıldıktan sonra, kişilerin kendilerini 10 gün süreyle izlemesi gerekmektedir. Ani başlayan ateş, baş ağrısı, şiddetli halsizlik, bulantı ve kusma gibi şikâyetler olursa en yakın sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır.

- Keneyi vücuttan uzaklaştırmak için sağlık kuruluşuna başvurmaya gerek bulunmamaktadır. Vücuttan kene uzaklaştırmak usulünce yapıldığı takdirde kolayca ve risksiz yapılabilecek bir işlemdir.

- Vücut üzerinden çıkarılan keneler öldürülmemeli ve patlatılmamalıdır.

- Keneleri vücuttan uzaklaştırmak amacıyla üzerlerine sigara basmak veya kolonya ve gazyağı dökmek gibi yöntemlere başvurulmamalıdır.

- İnsanların veya hayvanların kanlarına korunmasız temas yapılmamalıdır^{41,54}.

2.9.2. Kene Sayısının Azaltılmasına Yönelik Tedbirler

İlaçlama çalışmaları; çiftlik hayvanlarına yönelik kene mücadelesi ile hayvan barınaklarının ilaçlanması uygun olmakla birlikte, geniş çevre ilaçlamaları faydalı bulunmamaktadır.

2.9.3. Hastalığın Artışına Yol Açan Yaban Hayatındaki Değişimlerin İncelenmesi

- Yaban hayvanlarının virüsün yayılışındaki rolünün araştırılması

- Yaban hayvanlarının kene popülasyonuna etkisinin araştırılması

- Yaban hayvanı popülasyon artışlarının belirlenmesi

2.9.4. İşbirliği Çalışmaları

- Veteriner teşkilatı ile işbirliği yapılarak evcil hayvan bakım ve ıslah çalışmaları, hayvan ilaçlama çalışmaları geliştirilmeli

- Tıp ve sağlık bilimlerinde eğitim gören mezuniyet öncesi öğrencilerin eğitim programına KKKA hastalığının korunma ve kontrol önlemleri konulmalı

- Basın ve yayın organları ile işbirliği yapılarak doğru bilgilendirmeler yapılmalı

- Kırsal alanda kişisel korunma konusunda, eğitim ve uygulama çalışmaları yapılmalıdır².

2.10. CDC ve WHO tarafından yapılan diğer öneriler

- Hastanın kan ve vücut sıvıları ile temastan kaçınılmalıdır.

- Temasın söz konusu olması halinde, temas edenin en az 14 gün kadar ateş ve diğer belirtiler yönünden takip edilmesi gerekmektedir.

- Kene mücadelesi çok önemlidir. Coğrafik bölgelere ve türlere göre değişmekle beraber KKKA'yı bulaştıran *Hyalomma* soyuna ait keneler genel olarak nisan ve ekim aylarında aktiftirler; bu nedenle öncelikle konakçılar kenelerden uzak tutulmalı ve kenelerin kan emmeleri engellenmelidir.

- Mümkün olduğu kadar kenelerin bulunduğu alanlardan (hayvan barınakları, piknik amaçlı gidilen su kenarı, otlak şeklindeki yerler, çalı çırpı ve gür ot bulunan yerler, av alanları, orman vb.) kaçınılması gerekmektedir. Bulunulması durumunda ise çıplak ayakla veya kısa giysilerle dolaşılmalı (lastik çizme giyilmeli veya pantolonların paçaları

çorap içine alınmalı), vücut belirli aralıklarla kene yönünden kontrol edilmeli, vücuda yapışmamış olanlar dikkatlice toplanıp öldürülmeli, yapışan keneler ise ezilmeden ve kenenin ağız kısmı koparılmadan (bir pensle sağa sola oynatarak, çivi çıkarır gibi) alınmalıdır.

- Kan emme durumunda olan kenelerin üzerine asla eter, kloroform, parafin, vazelin, gliserin, alkol ya da gaz sürülmemelidir. Çünkü bu kimyasal maddelerden etkilenen kenenin kustuğu ve bu kusma sırasında virüsü bulaştırabileceği belirtilmektedir.

- Hayvancılıkla uğraşanlar hayvanlarını kenelere karşı uygun akarisitlerle ilaçlamalı ve hayvan barınakları kenelerin yasayamayacağı şekilde yapılmalı, çatlaklar tamir edilmeli ve badana yapılmalıdır.

- Hayvanları kene saldırılarından korumak için böceksavar ilaçlar hayvanların baş veya bacaklarına uygulanabilir, ayrıca bu maddelerin emdirildiği plâstik şeritler hayvanların kulaklarına veya boynuzlarına takılabilir.

- Mera, çayır, çırpı ve gür otların bulunduğu yerler gibi kenelerin yaşamasına müsait alanlarda, diğer canlılara ve çevreye zarar vermeden, insektisit uygulamalarına başvurulabilir.

- Açık alanlarda yapılabilecek kene mücadelesi amacıyla; carbaryl ve propoxur, deltamethrin ve lambda-cyhalothrin, permethrin, pirimiphos-methyl kullanılabilmektedir.

- Hastalar hastanede yattığı süre içinde mutlaka izole edilmeli, diğer hastalardan ayrılmalıdır. Hastaya ait kan ve vücut sıvıları ile temastan kaçınılmalı, evrensel korunma önlemleri her aşamada dikkatle uygulanmalı, temas durumunda ise en az 14 gün süre ile ateş ve diğer belirtiler yönünden takip edilmelidir^{38,40,42,50}.

2.11. Kenelerden Korunma

Hastalıktan korunmada en etkili yol, kenelerle etkin mücadele yapılmasıdır. Günümüze kadar kullanılan hiçbir mücadele yöntemi (birkaç sınırlı alan hariç), tam bir kene eradikasyonu sağlayamamıştır. İnsan ve hayvanlardan kan emen kenelerin sayısının, düşük maliyetlerle kabul edilebilir sınırlara indirilmesi hedeflenmelidir.

Çevresel olarak, hayvanlardaki kenelerle mücadele edilmeli, özellikle büyük ve küçükbaş çiftlik hayvanlarına uygun akarisitlerle ektoparaziter ilaçlama yapılmalıdır. Hayvan barınakları kenelere karşı ilaçlanmalı, barınakların duvarları sıvanmalı ve badanaları yapılarak kenelerin yaşamaları engellenmelidir.

Kenelerin yoğun olarak yaşadığı yerler, çevreye ve diğer canlılara zarar vermeden uygun metodlarla ilaçlanabilir. Açık alanların ve şüphelenilen bölgelerin ilaçlanması için Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı (İl veya İlçe Müdürlüğü) yetkililerinden destek alınmalıdır⁵⁰.

Kişisel olarak, kene bulunan arazilerden uzak durulmalı ve buralarda dolaşırken uzun kollu giysiler ve uzun pantolonlar giyilmeli, çoraplar pantolonun paçaları içine sokulmalıdır. Uzun otlar bulunan ve yapraklı alanlardan uzak durulmalıdır. Patikalar genişletilmeli ve buralardan geçenlerin ağaçlarla teması önlenmelidir. Geçiş güzergahındaki çalılıklar uzaklaştırılmalıdır. Geniş siperlikli şapkalar takılmalıdır. Vücuda yapışan kenenin kolayca fark edilebilmesi için kıyafetler açık renkli olmalıdır. Kene bulunan bir bölgeden dönüşte bütün elbiseler çıkarılmalı ve bütün vücut ayrıntılı olarak gözden geçirilmelidir. Özellikle tarım ve hayvancılıkla uğraşanlar kendi vücutlarını, çocuklarının vücutlarını ve elbiselerini sık sık kene yönünden kontrol etmelidirler.

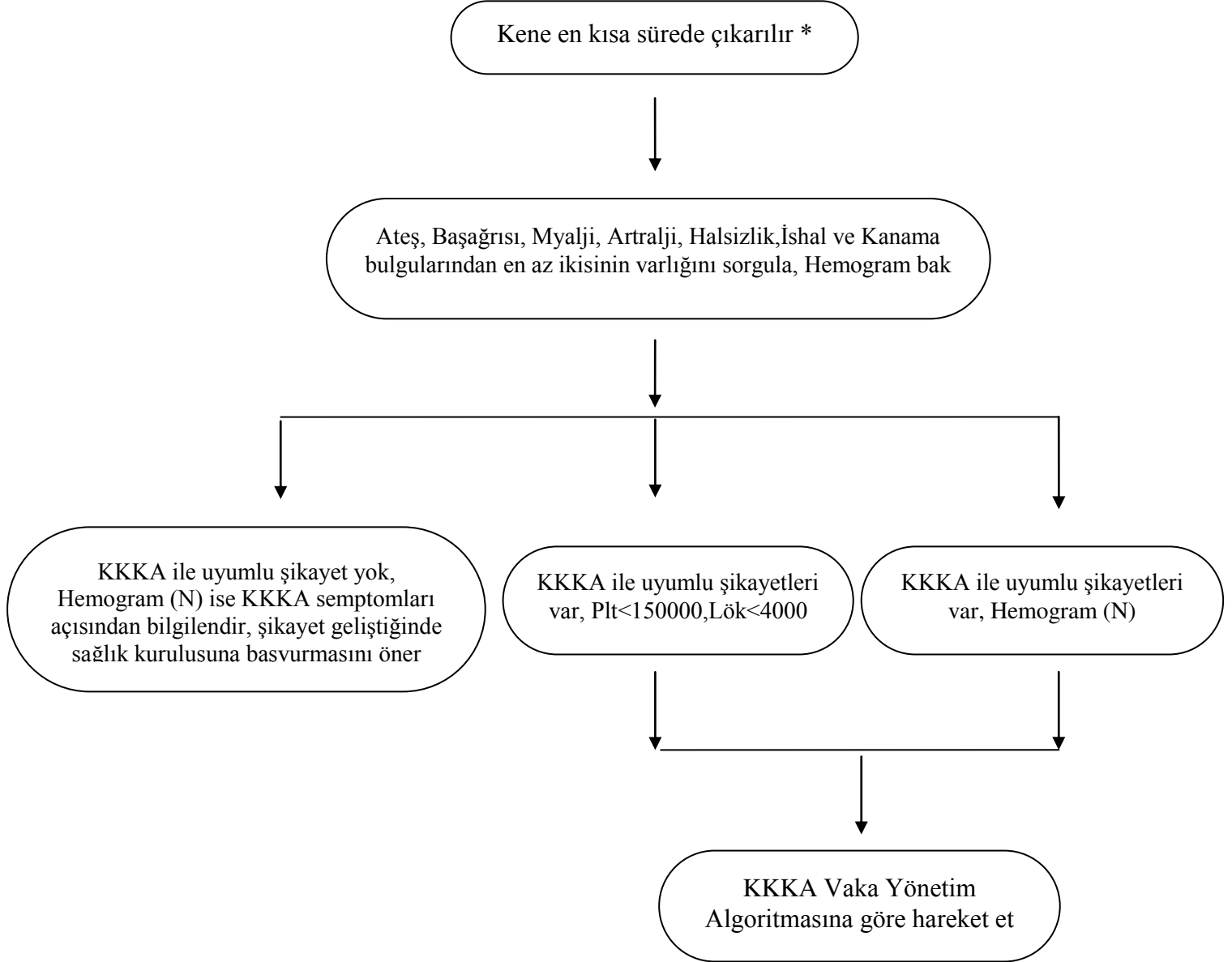
Çıkarılan kıyafetler evin dışına çıkarılarak kenelerin evin içine yerleşmesinin önüne geçilmelidir. Evcil hayvanlarda kene yönünden kontrol edilmelidir. Evin giriş kısmına yakın yerlerdeki nemli yaprak ve çimenlerinde temizlenmesi gerekir^{55,56,57}.

2.11.1. Kene Çıkarılması

- Keneler ağız kısımlarını vücuda yerleştirip beslenmeye başlamadan önce yaklaşık 30-60 dakika vücut üzerinde gezinirler⁵⁵.
- Kene ısırıkları sıklıkla ağrısız olduğu için, genellikle ısırılan kişiler keneyi ancak ısırılmadan sonra, hatta kene kan emerek şiştikten sonra fark ederler.
- Kene ne kadar kısa sürede vücuttan uzaklaştırılırsa hastalık riski de o kadar azalır.
- Kenenin emeç başının içeride kalması KKKA Hastalığı için bir risk oluşturmamaktadır. Bu kısmı deride bırakmak hastalık riskini artırmaz ama lokal enfeksiyon veya yabancı cisim reaksiyonu yapabilir. Derinin içinde kalan parça daha sonra granülom oluşmasına neden olabilir^{55,56,57,58,59}.
- Kenenin tutunduğu yerden çıkarılması işlemi sırasında keneye asla çıplak elle temas edilmemelidir.
- Vücuda tutunmuş kene vücuda tutunduğu en yakın kısımdan uygun bir malzemeyle (eğri uçlu pens, cımbız ve eldiven gibi) tutularak çıkarılmalıdır.
- Kene çıkarıldıktan sonra tendürdiyot gibi antiseptik bir solüsyon uygulanmalıdır.
- Çıkarılan kene içinde çamaşır suyu, alkol veya insektisit vb. bulunan ağız kapaklı bir şişe içine atılarak öldürülmelidir.
- Eğer kene incelenmek üzere laboratuvara gönderilecekse cam bir tüp veya küçük kavanoz içinde kapatılarak saklanmalıdır.
- Vücuda tutunan kenelerin uzaklaştırılması işlemini kişiler kendileri yapabilirler.

- Eğer kişi keneyi kendi ıkaramayacaksa en yakın sağlık kuruluşunda çıkarılması sağlanmalıdır.
- Keneleri vücuttan uzaklaştırmak amacıyla, kenelerin üzerine sigara basmak, kolonya, gazyağı, alkol ve benzeri kimyasal ürünler dökmek gibi yöntemlere başvurulmamalıdır.
- Keneyi çıkarmak için kıvrılma veya katlanma şeklinde hareketler yapılmamalıdır⁵⁴.

Şekil 8. Kene Tutunması İle Gelen Hastaya Yaklaşım Algoritması



2.12. Sağlık Kurumları Tarafından Yapılması Gereken Çalışmalar

T.C. Sağlık Bakanlığı, Hastalık Kontrol ve Koruma Merkezi (CDC) ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ, WHO) KKKA ile mücadele ile ilgili önerilerine aşağıda yer verilmiştir.

2.12.1. İl Sağlık Müdürlükleri Tarafından Yapılması Gereken Çalışmalar

Konuya ilişkin olarak sağlık grup başkanları/toplum sağlığı merkezleri ve aile sağlığı merkezlerinde çalışan tüm sağlık personelinin bilgilendirilmesi sağlanarak sorumluluk ve duyarlılıkları artırılmalıdır.

Özellikle kırsal kesimde yaşayanlar başta olmak üzere, halkın hastalık hakkında bilgilenebilmesi ve bilinçlenmesi sağlanmalıdır.

Hastalığın ortaya çıkabileceği bahar ve yaz aylarında, hastane yöneticileri ile sıkı temas halinde, hastane çalışanları bilgilendirilmeli, KKKA hastalarının veya bu hastalıktan şüpheli olanların izolasyonları ile hasta ile ilişkisi olanların korunmalarına ilişkin bilgiler verilmeli ve konu hakkında gerekli bilincin oluşması sağlanmalıdır. Hastalığın nozokomiyal enfeksiyon riski bulunmasından dolayı, hastalarla teması söz konusu olabilecek sağlık personelinin korunması için gerekli olan önlemlere ait malzemeler ilgililerine eksiksiz olarak tedarik edilmesi sağlanmalıdır.

İlgili kurum ve kuruluşlarla gerekli iş birliği sağlanmalı, vaka izlemleri ile hasta nakilleri titizlikle takip edilmelidir.

KKKA vakalarının epidemiyolojik incelemesi titizlikle yapılmalı, vakanın kene ile temasının olduğu köy/belde/ilçede hane eğitimi ve bilgilendirme çalışmaları ivedilikle tekrarlanmalıdır.

KKKA nedenli bir ölüm olması halinde, gerekli korunma önlemlerinin alınmasından sonra yıkama işlemlerinin hastane de yapılması sağlanmalı, tabutlanarak mühürlenmeli ve bundan sonra tabut hiç açılmadan defin işlemleri yapılmalıdır. Tabutun açılmamasının sağlanması amacıyla gerekli önlemler alınmalı, gerekirse defin işlemleri sonlanana kadar, aile sağlığı merkezi ya da toplum sağlığı merkezinde çalışanlar görevlendirilmelidir.

Bütün bulaşıcı hastalıklarda olduğu gibi, KKKA hastalığında da Sağlık Bakanlığının ilgili birimi ile sürekli irtibat halinde olunmalı, talimatlara titizlikle uyulmalıdır^{41,60}.

2.12.2. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarının Yapması Gereken Çalışmalar

KKKA hastalığına ilişkin personel ve hane eğitimleri, Bakanlıkça hazırlanan genelgeler, dokümanlar ve zoonotik hastalıklar modülü çerçevesinde sürdürmelidir.

Sağlık kuruluşu çalışanları, KKKA şüpheli vakalara yaklaşımlar hususunda bilgilendirilmeli ve bu hastalara müdahale ederken korunma için gerekli malzemeler bulundurulmalıdır. Sorumluluk alanında bulunan kişilerin, başta hastalıktan korunma önlemleri olmak üzere konu hakkında bilgi sahibi olmaları ve yeterli bilince ulaşmaları sağlanmalıdır.

KKKA şüpheli vakaların hiç vakit geçirmeden uygun bir şekilde hastaneye sevk edilmeleri sağlanmalıdır. ⁴¹.

2.12.3. Halka Verilecek Mesajlar

- Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi virüs diye adlandırılan mikropların sebep olduğu hastalıktır.

- Hastalık genellikle insanlara kenelerin kan emmesi sonucu bulaşır. Ya da hayvanların üzerinden kenelerin çıplak elle toplanması ve ezilmesi ile bulaşır.

- Hastalık hayvanlarda belirtisiz olarak seyreder. Hayvanınız sağlıklı görünse bile size hastalık bulaştırabilir.

- Hastalık vücudunda virüs bulunan hayvanların kanlarına, vücut sıvılarına veya diğer dokularına temas etmekle bulaşabilir.

- Hastalığa yakalanmış insanların kan ve vücut sıvılarına temas sonucu bulaşabilir.

- Riskli alanlara giderken açık renkli ve mümkün olduğunca kapalı giysiler giyinmeyi tercih ediniz.

- Keneler uçmaz, zıplamaz, mutlaka insan vücudunda kan emmek için tutunabileceği bir yere ulaşmak amacıyla tırmanırlar. Bunun için pantolon paçaları çorap içine alınmalı veya çizme giyilmesi tercih edilmelidir.

- Riskli alan dönüşlerinde mutlaka kişi kendi tüm vücudunu ve çocuklarının vücudunu kene yönünden kontrol etmelidir. Özellikle kulak arkası, koltuk altları, kasıklar ve diz arkası dikkatli incelenmelidir.

- Vücuda tutunmuş kene varsa en kısa sürede, vücuda tutunduğu en yakın kısımdan uygun bir malzemeyle (pens, cımbız ve eldiven gibi) tutularak çıkarılmalıdır.

- Kene içerisinde çamaşır suyu veya alkol bulunan ağzı kapaklı bir şişe içerisine konur ve çöpe atılır. Kene ne kadar kısa sürede vücuttan uzaklaştırılırsa hastalık riski de o kadar azalır.

- Kişi eğer keneyi çıkaramayacaksa en yakın sağlık kuruluşuna başvurmalıdır.

- Kene tutunmasından sonra kişi, 10 gün süreyle ateş, baş ağrısı, kas ağrısı, kırıklık, halsizlik, belirgin iştahsızlık, bulantı, kusma, karın ağrısı ve ishal gibi şikâyetler yönünden kendisini takip etmeli, bu şikâyetlerden herhangi biri görüldüğünde sağlık kuruluşuna başvurmalıdır.

- Keneler kesinlikle elle öldürülmemeli ve patlatılmamalıdır (kene kırma gibi).
- Keneleri vücuttan uzaklaştırmak amacıyla, kenelerin üzerine sigara basmak veya kolonya dökmek gibi yöntemlere başvurulmamalıdır.
- Hayvanların kenelerden arındırılması için kene mücadelesi yapılmalıdır.
- Kene mücadelesi yapıldıktan sonra, hayvan barınaklarındaki çatlaklar tamir edilmeli, badana yapılmalıdır.
- Piknik veya kamp alanlarında yerle (toprak, ot, çimen) direk temas edilmeden, açık renkli örtü serilerek oturulmalıdır^{37,41,60}.

2.13. Sağlık Bakanlığınca KKKA Hastalığı, Korunma ve Kontrol Konularında Çıkarılan ve Yürütülen Mevzuat

2.13.1. Genelgeler

- 30.12.2003 tarihli ve B100TSH0110002/20409 sayılı genelge.
- 31.03.2004 tarihli ve B100TSH0110002/05367 (2004/46) sayılı daimi genelge.
- 06.08.2004 tarihli ve B100TSH0110002/12875 sayılı yazı.
- 11.03.2005 tarihli ve B100TSH0110002/3580 (2005/40) sayılı genelge.
- 10.03.2006 tarihli ve B100TSH0110002/3079 sayılı yazı.
- 14.07.2006 tarihli ve B100TSH0110002-104-02-01/11494 (2006/81) sayılı genelge.
- 29.03.2007 tarihli ve B100TSH0110002-104-02-01/4780 sayılı yazı.
- 26.03.2008 tarihli ve B100TSH0110002-104-02-01/9342 sayılı yazı.

- 28.04.2008 tarihli ve B100TSH0110002-104-02-01/13259 sayılı yazı.
- 09.07.2008 tarihli ve B100TSH0110002-104-02-01/21767 (2008/52) sayılı genelge

İl Sağlık Müdürlükleri KKKA hastalığının kontrolü açısından Sağlık Bakanlığınca çıkarılan genelgelere titizlikle riayet edilmelidir.

Bakanlığımızca hazırlanarak gönderilen 30.12.2003 tarihli ve B100TSH0110002/20409 sayılı genelge bütün sağlık kurum ve kuruluşları ile İl Gıda, Tarım ve Hayvancılık Müdürlüklerine ulaştırılmalıdır.

Konuya ilişkin olarak, birinci basamak sağlık hizmetlerini yürüten bütün sağlık personelinin bilgilendirilmesi sağlanmalıdır.

Özellikle kırsal kesimde yaşayanlar başta olmak üzere, halkın hastalık hakkında bilgilenebilmesi ve bilinçlenmesi sağlanmalıdır.

Hastalığın ortaya çıkabileceği bahar ve yaz aylarında, hastane yöneticileri ile hastane çalışanları bilgilendirilmeli, KKKA hastalarının veya bu hastalıktan şüpheli olanların izolasyonları ve hasta ile ilişkisi olanların korunmalarına ilişkin bilgiler verilmeli, konu hakkında gerekli bilincin oluşması sağlanmalıdır.

Hastalığın nozokomiyal enfeksiyon riski bulunmasından dolayı, hastalarla teması söz konusu olabilecek sağlık personelinin korunması için gerekli olan üniversal önlemlere ait malzemeler ilgililerine eksiksiz olarak tedarik ettirilmelidir.

İlgili kurum ve kuruluşlarla gerekli işbirliği sağlanmalı, vaka takipleri ve hastaların nakilleri titizlikle takip edilmelidir^{41,60}.

2.13.2. Sağlık Bakanlığının Hane Halkı Eğitimleri ile İlgili Yazıları

15.01.2009 tarihli ve B100TSH0110002-104-02-01/1359 sayılı yazı

11.03.2009 tarihli ve B100TSH0110002-104-02-01/7426 sayılı yazı

14.04.2009 tarihli ve B100TSH0110002-104-02-01/11630 sayılı yazı

23.06.2009 tarihli ve B100TSH0110002/19052 sayılı yazı

31.03.2010 tarihli ve B100TSH020005/18330 sayılı yazı

15.04.2010 tarihli ve B100TSH02802/20317 sayılı yazı

22.04.2010 tarihli ve B100TSH0280005/21443 sayılı yazı.

27.05.2010 tarihli ve B100TSH02805/25423 sayılı yazı.

29.06.2010 tarihli ve B100TSH0280005/28942 sayılı yazı.

11.03.2011 tarihli ve B100TSH0280005/9075 sayılı yazı.

18.03.2011 tarihli ve B100TSH02805/10030 sayılı yazı.

22.03.2011 tarihli ve B100TSH02805/10485 sayılı yazı.

04.05.2011 tarihli ve B100TSH02802/15169 sayılı yazı.

Sağlık Bakanlığının 15.01.2009 tarihli ve B100TSH0110002-104-02-01/1359 sayılı yazısı

Amasya, **Ankara**, Bolu, Çankırı, Çorum, Erzurum, Karabük, Giresun, Gümüşhane, Kastamonu, Ordu, Samsun, Sivas, Tokat ve Yozgat illerinde; KKKA vakası görülen yerleşim yerlerinde hane ziyaretleri yapılarak kişilere bire bir bilgi verilmesi, afiş broşürlerle kişisel korunma önlemlerinin alınmasının önemini anlatılması için eğitim planlamasının yapılması ve 15.02.2009 tarihinden itibaren faaliyetlere başlanması istenmiştir.

Ankara ilinde 2008 yılında Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) Hastalığı sayısında artış olması nedeniyle İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürlüğünce halk eğitimleri verilmesi amaçlanarak; 02-06.03.2009 ve 16-20.03.2009 tarihlerinde Ankara İl Sağlık Müdürlüğünce, öncelikle KKKA vakası görülen Kızılcahamam, Çubuk, Çamlıdere, Şereflikoçhisar, Nallıhan, Kazan, Kalecik, Akyurt, Gündül ve Ayaş İlçeleri Sağlık Grup Başkanlıklarından 20 doktor, 11 ebe/hemşire, 6 sağlık memuru ve 1 tıbbi teknolog olmak üzere toplam 38 sağlık personeline “Bulaşıcı Hastalıklar Eğitimci Eğitimi” düzenlenmiştir.

Ayrıca ilçe yöneticilerine bilgilendirme toplantıları yapılmış, ardından eğitimciler tarafından endemik köy ve beldelerde hane ziyaretleri yapılarak vatandaşlara KKKA hastalığından ve kenelerden korunma konusunda danışmanlık verilmiştir.

Sağlık Bakanlığının 31.03.2010 tarihli ve B100TSH020005/18330 sayılı yazısı

Tokat Amasya, **Ankara**, Bolu, Çankırı, Çorum, Erzurum, Karabük, Giresun, Gümüşhane, Kastamonu, Ordu, Samsun, Sivas, Yozgat ve Artvin(ilk kez)illerine 2010 yılında KKKA hastalığından korunmada riskli durumlardan kaçınmak, gerekli tedbirleri almak, erken teşhis ve tedavinin yapılmasını sağlamak için hazırlanan “Zoonotik Hastalıklar Eğitim Modülü” kapsamında yer alan KKKA hastalığı bölümü kullanılarak sahada çalışan personele eğitim verilmesi istenmiştir.

KKKA hastalığı konusunda eğitim almış sağlık personeline; son 3 yılda vaka görülen tüm köyler, beldeler ve epidemiyolojik açıdan bağlantı taşıyan yerleşim yerleri (hayvan beslenen, tarım faaliyetlerinin yaygın olduğu veya orman kenarı olan bölgeler), komşu olan yerleşim yerleri ve diğer yerleşim yerlerine nisan-eylül ayları arasında mutlaka ayda

bir kez “KKKA hastalığından korunmaya yönelik bilgilendirme” yapmak amacıyla gidilmesi istenmiştir.

Her aile için en az 10 dakika zaman ayrılarak, hastalık ve korunma yolları hakkında bilgi ve bilgilendirme materyali (broşür, kitapçık vs.) verilmesi, ayrıca halkın bilgilendirilmesi için hazırlanan afiş, broşür ve benzeri bilgilendirme materyalinin hastanelerde ve diğer sağlık kuruluşlarına başvuranların görebileceği yerlere asılması, yerel medya araçlarının kullanılması, toplu yaşam mahallerinde (kahvehane, cami, alışveriş merkezleri, terminal, okul, vs.) afiş ve broşürler bulundurulması, Milli Eğitim Müdürlüğü ile işbirliği yapılarak okullarda öğretmen ve öğrencilere yönelik eğitimler düzenlenmesi, diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapılarak bilgilendirme toplantıları yapılması Sağlık Bakanlığının 31.03.2010 tarihli ve B100TSH020005/18330 sayılı yazısında açıkça belirtilmiştir.

Ankara ilinde, öncelikle KKKA vakası görülen ilçelerin Sağlık Grup Başkanlığı personeline “Zoonotik Hastalıklar Eğitim Modülü” kapsamında yer alan KKKA hastalığı bölümü kullanılarak eğitim verilmiş ve eğitimciler tarafından hane ziyaretleri gerçekleştirilmiştir. “Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Hastalığı ve Kenelerden Korunmaya Yönelik Bilgi ve Tutum Düzeyinin Değerlendirilmesi Anketi” Ankara ilinde 2010 yılı temmuz ayında uygulanmıştır.

Kırıkkale ili, Sağlık Bakanlığının 15.01.2009 tarihli ve B100TSH0110002-104-02-01/1359 sayılı ve 31.03.2010 tarihli ve B100TSH020005/18330 sayılı yazılarında belirtilen KKKA hastalığı açısından riskli iller içinde yer almaması nedeniyle 2009 yılında KKKA hastalığı konusunda hane eğitimleri verilmemiştir. 2010 yılı ağustos ayında “Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Hastalığı ve Kenelerden Korunmaya Yönelik Bilgi ve Tutum Düzeyinin Değerlendirilmesi Anketi” uygulandıktan sonra, kişilere KKKA hastalığı ve korunma konusunda bilgilendirme yapılmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri

Araştırma Ankara ve Kırıkkale'nin 2008 ve 2009 yıllarında Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) Hastalığı görülen ilçe, belde ve köylerinde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini 2008 yılı ve 2009 yılı içerisinde Ankara ve Kırıkkale illerinde Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) Hastalığı görülen ilçe, belde (kasaba) ve köylerinde yaşayan 18 yaş üzeri kişiler oluşturmaktadır.

Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) hastalığı konusunda daha önce hane halkı eğitimi verilen bir il "Ankara" ile, hane halkı eğitimi verilmeyen bir il "Kırıkkale" seçilmiştir. Araştırmacının araştırmayı uygulama kolaylığı açısından ulaşımı yakın iki il tercih edilmiştir.

3.2.1. Ankara İli

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılan Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi nüfus sayımına göre 2008 yılında Ankara il nüfusu 4.548.939 kişi, belde ve köyler nüfusu 153.051 kişi, 2009 yılında Ankara il nüfusu 4.650.802 kişi, belde ve köyler nüfusu ise 136.881 kişi olarak tespit edilmiştir.

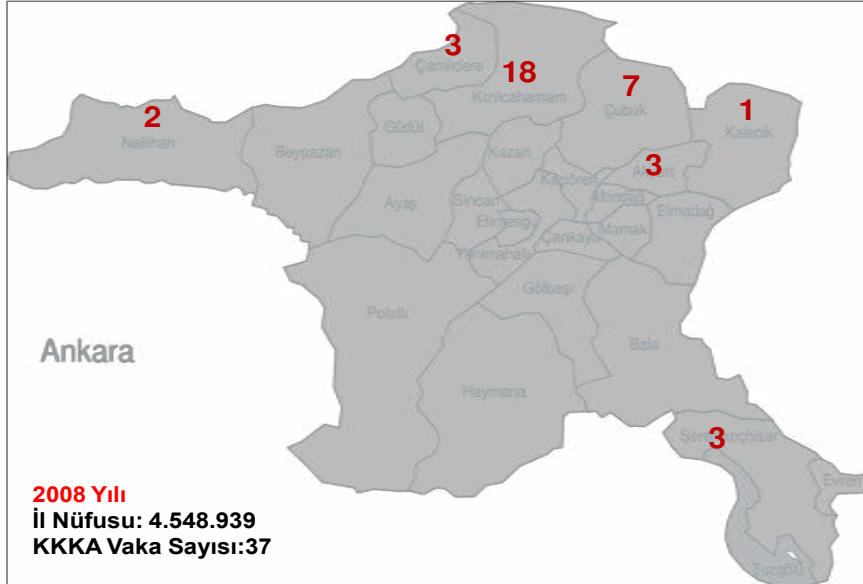
Ankara ilinde 2008 yılında 37 vaka, 2009 yılında 28 vaka olmak üzere toplam 65 Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) vakası görülen ilçelerin belde ve köyleri araştırma kapsamına alınmıştır.

2008 yılında Ankara ili ikametli 59 vakası meydana gelmiş olup KKKA vakaların 7'sinde sağlık kuruluşunda bulaş (sağlık personeli)

15'inde ise başka il ziyareti sırasında kene tutunması olması nedeniyle hastalık olduğundan toplam 22 vaka araştırmanın dışında tutularak 37 vakanın bulunduğu ilçelerin belde ve köyleri araştırma kapsamına alınmıştır.

2008 yılında KKKA vakası görülen, Kızılcahamam ilçesinin Ayvacık köyü, Beşkonak köyü, Kızılcaaköy, Binkoz köyü, Akdoğan köyü, Osmansin köyü, Egerlidere köyü, Bayırköy, Doymuş köyü, İçmeler köyü, Kızılcaören köyü, Çeltikçi beldesi, Kavaközü köyü; Nallıhan ilçesinin Epçeler köyü, Çive köyü; Çamlıdere ilçesinin merkezi, Bardakçılar köyü; Çubuk ilçesinin Yeşilkent köyü, Dağkalafat köyü, Karaçam köyü, Kapaklı beldesi, Eskiçöte köyü, Akkuzulu köyü; Akyurt ilçesinin Cücük köyü, Büğdüz kasabası; Şereflikoçhisar ilçesinin Haydarlı köyü, Sadıklı köyü; Kalecik ilçesinin Yeniçöte köyü araştırma kapsamına alınmıştır.

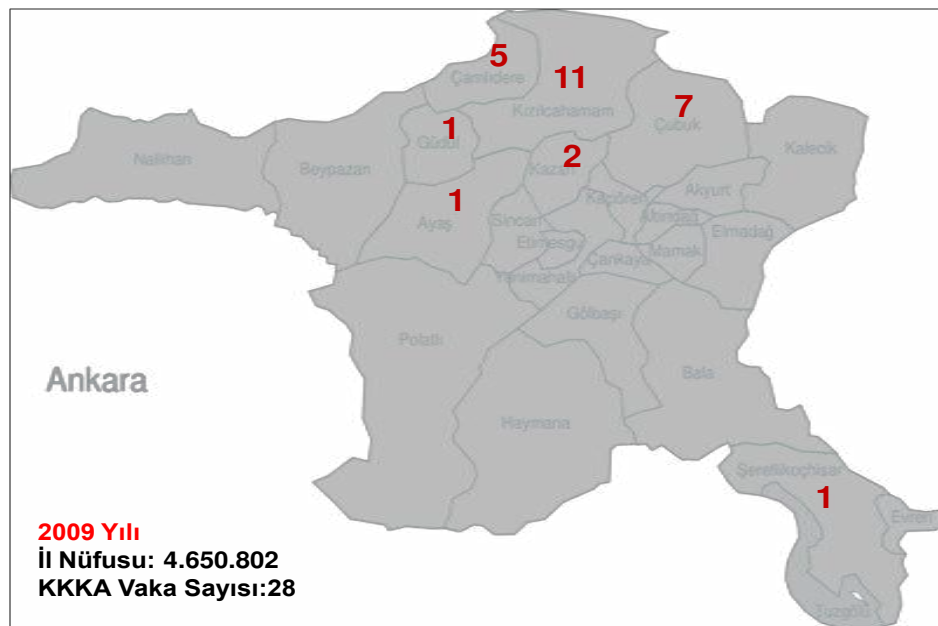
Şekil 9. Ankara İli KKKA Vakalarının İlçelere Göre Dağılımı, 2008 yılı



2009 yılında ise Ankara İli ikametli 33 KKKA vakası meydana gelmiş olup vakaların 3'ünde sağlık kuruluşunda bulaş (sağlık personeli) ve 2'sinde ise başka il ziyareti sırasında kene tutunması olması nedeniyle hastalık olduğundan toplam 5 vaka araştırmanın dışında tutularak 28 vakanın bulunduğu ilçelerin belde ve köyleri araştırma kapsamına alınmıştır.

2009 yılında KKKA vakası görülen, Kızılcahamam ilçesinin Eğirlizören köyü, Saray köyü, Eğırlidere köyü, Berçinçatak köyü, Alibey köy, Kırköy, *Akdoğan köyü*, Eğırlibaş köyü, *Kızılca köy*, *Çeltikçi beldesi*, *Kızılca köy*, Çubuk ilçesinin Yukarı Çavundur köyü, Çatokçular köyü, Yaylak köyü, Kışlacık köyü, Nusratlar köyü, Kızılören köyü; Çamlıdere ilçesinin Bükeler köyü, Akkaya köyü, Özmüş köyü, Eldelek köyü; Ayaş ilçesinin Gökçebağ köyü; Kazan ilçesinin Aşağı Karaören köyü, Güvenç köyü; Gündül ilçesinin Sorgun kasabası; Şereflikoçhisar ilçesinin *Sadıklı köyü* araştırma kapsamına alınmıştır.

Şekil 10. Ankara İli KKKA Vakalarının İlçelere Göre Dağılımı, 2009 yılı



3.2.2. Kırıkkale İli

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılan Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi nüfus sayımına göre 2008 yılında Kırıkkale il nüfusu 230.354 kişi, belde ve köyler nüfusu 48.971 kişi, 2009 yılında Kırıkkale il nüfusu 280.834 kişi, belde ve köyler nüfusu ise 47.844 kişi olarak tespit edilmiştir. Kırıkkale ilinde 2008 yılında 2 (biri uzun yol şoförü), 2009 yılında 1 vaka olmak üzere toplam 3 Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) vakası meydana gelmiş olup vakaların bulunduğu ilçeler ve beldeleri araştırma kapsamına alınmıştır.

2008 yılında 1'er KKKA vakası görülen,Sulakyurt ilçesi ve Karakeçili ilçesi araştırma kapsamına alınmıştır.

2009 yılında 1 KKKA vakası görülen,Merkez ilçesinin Hasanbaba kasabası araştırma kapsamına alınmıştır.

Şekil 11 ve 12. Kırıkkale İli KKKA Vakalarının İlçelere Göre Dağılımı, 2008 ve 2009 yılı



3.3. Araştırmanın Örnek Büyüklüğü ve Örneklem Yöntemi

Ankara ilinin KKKA vakası görülen ilçelerinin belde ve köylerinin toplam nüfusu 13.366 ve hane sayısı 2970 olup %50 bilinmeyen sıklık, %95 güven aralığı ve %3 sapma ile 786 hane/kişi Ankara örneklem büyüklüğünü oluşturmaktadır.

Kırıkkale ilinin KKKA vakası görülen ilçe ve beldelerinin toplam nüfusu 8.128 ve hane sayısı 1805 olup %50 bilinmeyen sıklık, %95 güven aralığı ve %3 sapma ile 483 hane/kişi Kırıkkale örneklem büyüklüğünü oluşturmaktadır.

Örneklem yöntemi, ilçe, belde ve köyler hane sayılarına göre ağırlandırılarak ziyaret edilecek hanelere karar verilmiştir. Sistematiik örneklem yöntemiyle hanelere karar verilmiştir. Bir sonraki hane yedeğı seçilmiştir(Tablo 3, Tablo 4). Ziyaret edilen hanelerde 18 yaş üzeri rasgele seçilen bir kişiyle görüşölmüş, araştırma hakkında bilgi verilerek hazırlanan anket uygulanmıştır.

Ankara'da hedeflenenenden 34 eksik haneye ulaşılmıştır. Kırıkkale'de tüm örneğe ulaşılmıştır. Tüm örneklem içerisinde %97,3'lük bir katılım sağlanmıştır (Katılım Ankara için %95,5, Kırıkkale için %100'dür).

Tablo 3. Ankara İlinde 2008-2009 Yıllarında KKKA Vakası Görülen İlçelerin Belde ve Köylerinin Örnekleme

KKKA Vakası Görülen İlçeler	KKKA Vakası Görülen Belde/Köy Sayısı	KKKA Vakası Görülen Belde/Köylerin Toplam Nüfusu	KKKA Vakası Görülen Belde/Köylerin Hane Sayısı	Anket Uygulanması Planlanan Hane Sayısı	Anket Uygulanan Hane Sayısı
Akyurt	1	1996	444	116	145
Ayaş	1	135	30	8	8
Çamlıdere	6	4185	930	204	162
Çubuk	14	2548	566	151	160
Güdül	1	448	100	25	25
Kalecik	1	324	72	19	19
Kazan	2	393	87	23	23
Kızılcahamam	22	2956	656	178	148
Nallıhan	2	170	38	10	10
Ş.Koçhisar	2	211	47	12	12
Toplam	52	13.366	2.970	746	712

Tablo 4. Kırıkkale İlinde 2008-2009 Yıllarında KKKA Vakası Görülen İlçelerinve Beldelerinin Örnekleme

KKKA Vakası Görülen İlçeler	KKKA Vakası Görülen Belde Sayısı	KKKA Vakası Görülen Beldelerin Toplam Nüfusu	KKKA Vakası Görülen Beldelerin Hane Sayısı	Anket Uygulanması Planlanan Hane Sayısı	Anket Uygulanan Hane Sayısı
Merkez	1	1965	481	129	130
Karakeçili	1	3394	754	202	201
Sulakyurt	1	2569	570	152	152
Toplam	3	8128	1805	483	483

3.4. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Bağımlı Değişkenler

Araştırmaya katılan kişilerin bilgi durumu ve tutumdurumu bağımlı değişkenler olarak alınmıştır.

3.5.2. Bağımsız Değişkenler

- Kişilerin yaşadığı il
- Kişinin yaşı
- Cinsiyeti
- Öğrenim durumu
- Mesleği
- Eşinin mesleği
- KKKA hastalığı konusunda bilgi alınan kaynaklar
- Eve gelen sağlık personeliyle görüşme durumu
- Bilgi almak istediği kaynak
- Kendi vücudunda tutunmuş kene bulma durumu
- Aileden birinin vücudunda tutunmuş kene bulma durumu

3.6. Araştırmada Kullanılan Araç ve Gereçler

3.6.1. Anket

Bu araştırma için ülkemizde ve dünyada yayınlanan literatür taraması sonucunda geliştirilmiş, kişilerin Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) hastalığı ve kenelerden korunma konusunda bilgi ve tutum düzeylerini saptamaya yönelik 40 sorudan oluşan bir ankettir.

Ek.1’de yer alan anket 4 bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölümde;çalışmaya katılan kişilerin tanımlayıcı özelliklerini sorgulayan toplam 6 soru yer almaktadır.

İkinci bölümde;çalışmaya katılan kişilerin KKKA hastalığı konusunda bilgi alma kaynakları ve bilgi durumunu sorgulayan 11 soru yer almaktadır.

nc bölümde;çalışmaya katılan kişilerin kenelerden korunma konusundakibilgi düzeylerini sorgulayan 11 soru yer almaktadır.

Dördüncü bölümde;çalışmaya katılan kişilerin keneler ve KKKA hastalığından korunma konusundakitutumlarını sorgulayan 12 soru yer almaktadır.

3.7. Araştırmanın n Denemesi

Araştırmanın n denemesi Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Ostim binasında çalışan 27 temizlik ve güvenlik personeline 25.06.2010 tarihinde uygulanmış olup geribildirimlere göre düzenleme yapılmıştır.

3.8. Araştırmanın Uygulaması

Araştırmacı ve araştırmacı tarafından anketle ilgili eğitim verilen Ankara ilinde 10, Kırıkkale ilinde 4 sağlık personeli tarafından endemik ilçe ve köylere gidilerek, hanelerde 18 yaş üzeri kişilerle önce anket formları yüz yüze yöntemiyle doldurulmuş ardından hane halkına doğru uygulamalar hakkında bilgilendirme yapılmıştır.

3.9. Gerekli İnsan Gücünün Sağlanması

Araştırmanın verileri, araştırmacı ve araştırmacı tarafından eğitim verilen sağlık personeline toplanmıştır.

3.10. Araştırma İle İlgili İzinler

Araştırma için Ankara İl Sağlık Müdürlüğü/ Ankara Valiliği (Ek.4) ve Kırıkkale İl Sağlık Müdürlüğü/ Kırıkkale Valiliğinden gerekli izinler alınmıştır (Ek.5).

3.11. Araştırmanın Takvimi

Anketin ön denemesi 25.06.2010 tarihinde yapılmıştır. Araştırmanın Ankara ili anket uygulaması 2010 yılı temmuz ayı içinde, Kırıkkale ili sağlık personeli eğitimi ve anket uygulaması 2010 yılı ağustos ayı içinde yapılmıştır. Araştırmada izlenen takvim Ek.6'da yer almaktadır.

3.12. Verilerin Analizi

Veriler Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 15.0 programı ile bilgisayara girilip, aynı programda veri kontrolü yapıldıktan sonra analiz edilmiştir. İstatistiksel analizde ki-kare önemlilik testi kullanılmış ve kritik p değeri olarak 0,05 kabul edilmiştir.

Çalışmaya katılan kişilerin, keneler ve KKKA hastalığından korunma konusundaki doğru bilgi (toplam bilgi puanı 35) ve tutumları (toplam tutum puanı 21) puanlandırılmıştır.

İstatistiksel analizlerde tanımlayıcı istatistiklerde yüzde dağılımı, ortalama $\pm$ SD ve median(min-maks) kullanılmıştır. Univariate analizlerde; sayım değişkenlerinin gruplararası karşılaştırılmasında ki-kare testleri, odds ratio (%95 güven aralığı), ölçüm değişkenlerinin

karşılaştırmalarında ise veriler normal dağılıma uymadığından Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis varyans analizi kullanılmıştır.

Multivariate analizlerde Logistik Regresyon Bacward-LR modeli yapılmıştır. Bilgi ve tutum durumuna etkili faktörler tek değişkenli analizler ile test edilmiş ve $p<0,05$ olup, ilişkili saptanan değişkenler logistik regresyon modeline alınmıştır.

3.13. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Ankara ilinde yapılan hane halkı eğitimlerinin bilgi ve tutuma etkisi araştırmanın araç gereçleri ile ölçülmüş olup davranışlar gözlemlenememiştir.

4. BULGULAR

4.1. Çalışmaya Katılan Kişilerin Tanımlayıcı Özellikleri

Araştırmaya Ankara ilinden katılan 712 kişi ve Kırıkkale ilinden katılan 483 kişi olarak toplam 1250 kişi katılmıştır.

Ankara ilinden katılanların %77,1'i (556 kişi) köyde, %22,9'u (156 kişi) beldede yaşamaktaydı. Kırıkkale ilinden katılanların ise %73,0'ı (353 kişi) ilçe merkezinde ve %27,0'ı (130 kişi) beldede yaşamaktaydı.

Tablo 5'te araştırma grubunun yaş gruplarına, cinsiyete, öğrenim durumuna, kendisinin ve eşinin mesleğine ve evde bulunan kişi sayısına göre dağılımı görülmektedir.

Tablo 5. Araştırma Grubunun İllere Göre Bazı Tanımlayıcı Özellikleri, 2010

Tanımlayıcı Özellikler	İller						Genel Toplam (n=1195)		
	Ankara (n=712)			Kırıkkale (n=483)					
	n	%*	%**	n	%*	%**	n	%**	
Yaş grupları									
18-24	56	63,6	7,9	32	36,4	6,6	88	7,4	
25-34	136	64,5	19,1	75	35,5	15,5	211	17,7	
35-44	147	56,3	20,6	114	43,7	23,6	261	21,8	
45-54	136	59,9	19,1	91	40,1	18,8	227	19,0	
55-64	115	56,7	16,2	88	43,3	18,2	203	17,0	
65 ≥	122	59,5	17,1	83	40,5	17,2	205	17,2	
Cinsiyet									
Kadın	317	62,0	44,5	194	38,0	40,2	511	42,8	
Erkek	395	57,7	55,5	289	42,3	59,8	684	57,2	
Öğrenim durumu									
OYD - OY - İlkokul	478	63,3	67,1	277	36,7	57,3	755	63,2	
Ortaokul - Lise M.	183	50,4	25,7	180	49,6	37,3	363	30,4	
Üniversite ≥	51	66,2	7,2	26	33,8	5,4	77	6,4	
								x²=4,922	p=0,270

Meslek								
Tarım	84	70,6	11,8	35	29,4	7,2	119	10,0
Tarım ve hayvancılık	251	86,3	35,3	40	13,7	8,3	291	24,4
Çobanlık	23	100	3,2	0	0	0	23	1,6
Sadece süt sağımı	18	94,7	2,5	1	5,3	0,2	19	1,6
Ev hanımı	151	46,9	21,2	171	53,1	35,4	322	26,9
Öğrenci	16	72,7	2,2	6	27,3	1,2	22	1,8
Emekli	54	40,9	7,6	78	59,1	16,1	132	11,0
İşçi	45	50,0	6,3	45	50,0	9,3	90	7,5
Esnaf, serbest meslek	11	14,5	1,5	65	85,5	13,5	76	6,4
İmam	9	90,0	1,3	1	10,0	0,2	10	0,8
Şoför	3	30,0	0,4	7	70,0	1,4	10	0,8
Memur	44	64,2	6,0	24	35,8	5,0	67	5,6
İşsiz	3	23,1	0,4	10	76,9	2,1	13	1,1

Eşinin mesleği								
Eşi yok	65	47,1	9,1	73	52,9	15,1	138	11,5
Tarım	54	69,2	7,6	24	30,8	5,0	78	6,5
Tarım ve hayvancılık	206	93,2	28,9	15	6,8	3,1	221	18,5
Çobanlık	11	91,7	1,5	1	8,3	0,2	12	1,8
Sadece süt sağımı	21	100	2,9	0	0	0	21	1,8
Ev hanımı	236	50,5	33,1	231	49,5	47,8	467	39,1
Öğrenci	0	0	0	1	100	0,2	1	0,1
Emekli	28	46,7	3,9	32	53,3	6,6	60,0	5,0
İşçi	28	53,8	3,9	24	46,2	5,0	52	4,4
Esnaf, serbest meslek	41	47,1	5,8	46	52,9	9,5	87	7,3
İmam	3	100	0,4	0	0	0	3	0,3
Şoför	2	25,0	0,3	6	75,0	1,2	8	0,7
Memur	11	30,6	1,5	25	69,4	5,2	36	3,0
İşsiz	6	54,5	0,8	5	45,5	1,0	11	0,9

Evde bulunan kişi sayısı								
1-3 kişi	310	61,5	43,5	194	38,5	40,2	504	42,2
4-6 kişi	334	57,2	46,9	250	42,8	51,8	584	48,9
7-9 kişi	58	63,0	8,1	34	37,0	7,0	92	7,7
10 ≥ kişi	10	66,7	1,4	5	33,3	1,0	15	1,3

x²=0,329 p=0,566

%%*:satır yüzdesi
%%**:kolon yüzdesi

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların %7,9 'u (56 kişi) ve %6,6'sı (32 kişi) 18-24 yaş arası, %19,1'i (136 kişi) ve %15,5'i (75 kişi) 25-34 yaş arası, %20,6'i (147 kişi) ve %23,6'sı (114 kişi) 35-44 yaş arası, %19,1'i (136 kişi) ve %18,8'si (91 kişi) 45-54 yaş arası, %16,2'si (115 kişi) ve %18,2'si (88 kişi) 55-64 yaş arası, %17,1'i (122 kişi) ve %17,2'si (83 kişi) 65 yaş ve üzerindedir. Her iki ilin yaş gruplarına göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların yaş ortalaması $46,40 \pm 16.11$ (min=18; max=82) ve $47,60 \pm 15.78$ (min=18; max=86)'dir.

Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların %55,5'i (395 kişi) ve %59,8'i (289 kişi) erkek olup %44,5'i (317 kişi) ve %40,2'si (194 kişi) kadındır. Her iki ilin cinsiyetlerine göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çalışma grubunun %67,1'inin (478 kişi) ve %57,3'ünün (277 kişi) okuryazar olmayan (OYO), okuryazar (OY) ve ilkokul mezunu, %25,7'inin (183 kişi) ve %37,3'ünün (180 kişi) ortaokul ve lise mezunu, %7,2'sinin (51 kişi) ve %5,4'ünün (26 kişi) üniversite mezunu olduğu görülmektedir.

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların %11,8'i (84 kişi) ve %7,2'si (35 kişi) tarım, %35,3'ü (25 kişi) ve %18,3'ü (40 kişi) tarım ve hayvancılık, %3,2'si (23 kişi) ve %0'ı çobanlık, %2,5 (18 kişi) ve %0,2 (1 kişi) sadece süt sağımı ile, %21,2'si (151 kişi) ve %35,4'ü (171 kişi) ev hanımı olarak meşgul olmaktadır.

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların %9,1'i (65 kişi) 15,1'i bekar olup (73 kişi), %7,6'sının (54 kişi) ve %5,0 'ının (24 kişi) eşi tarım, %28,9 'unun (206 kişi) ve %3,1 'inin eşi (15 kişi) tarım ve hayvancılık, %1,5 'inin (11 kişi) ve %0,2 'sinin eşi (1 kişi)

çobanlık,%2,9'unun (21 kişi) ve %0'ının eşi sadece süt sağımı ile, %33,1'inin (236 kişi) ve %47,8 'inin (231 kişi) eşi ev hanımı olarak meşgul olmaktadır.

Katılımcıların %43,5'i (310 kişi) ve %40,2'i (334 kişi) aynı evde 1-3 kişi, %46,9'u (334 kişi) ve % 40,2'si (194 kişi) aynı evde 4-6 kişi olarak yaşadıklarını bildirmişlerdir.

Tablo 6'da Araştırma grubunun illere göre kendi ve eşlerinin mesleklerinin tarım ve hayvancılıkla ilgili olma durumu görülmektedir.

Tablo 6. Araştırma Grubunun İllere Göre Mesleklerinin Tarım ve Hayvancılıkla İlgili Olma Durumu, 2010

Meslekler	İller						Genel Toplam (n=1195)	
	Ankara (n=712)			Kırıkkale (n=483)				
	n	%*	%**	n	%*	%**	n	%**
Meslek								
Tarım ve hayvancılıkla ilgili meslekler ≠	376	83,2	52,8	76	16,8	15,7	452	37,8
Diğer meslekler	336	45,2	47,2	407	54,8	84,3	743	62,2
						x²= 168,05	p=0,0001	
Eşinin mesleği								
Tarım ve hayvancılıkla ilgili meslekler ≠	292	88,0	41,1	40	12,0	8,3	332	27,8
Diğer meslekler	420	48,7	58,9	443	51,3	91,7	863	72,2
						x²= 153,52	p=0,0001	

%*:satır yüzdesi

%**:kolon yüzdesi

≠ : Tarım, tarım ve hayvancılık, çobanlık ve sadece süt sağımı, tarım ve hayvancılıkla ilgili meslekler olarak alınmıştır.

Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların mesleklerinden tarım, tarım ve hayvancılık, çobanlık ve sadece süt sağımı toplam olarak değerlendirildiğinde % 52,8'inin (376 kişi) ve % 15,7'sinin (76 kişi) olduğu görülmektedir.

İllere göre katılımcıların mesleklerinin tarım ve hayvancılıkla ilgili olma durumu yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$).

Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların eşlerinin mesleklerinden tarım, tarım ve hayvancılık, çobanlık ve sadece süt sağımı toplam olarak değerlendirildiğinde % 40,9'unun (292 kişi) ve % 8,3'ünün (40 kişi) olduğu görülmektedir.

İllere göre katılımcıların eşlerinin mesleklerinin tarım ve hayvancılıkla ilgili olma durumu yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$).

4.2. Çalışmaya Katılan Kişilerin KKKA Hastalığı Konusunda Bilgi Alma Kaynakları ve Bilgi Durumu İle İlgili Bulgular

Tablo 7'de Araştırma grubunun KKKA hastalığı konusunda bilgi alma durumuna göre dağılımları görülmektedir.

Tablo 7. Araştırma Grubunun İllere Göre KKKA Hastalığı Konusunda Bilgi Alma Durumu, 2010

Bilgi Alma Durumu	İller						Genel Toplam (n=1195)	
	Ankara (n=712)			Kırıkkale (n=483)				
	n	%*	%**	n	%*	%**	n	%**
KKKA hastalığı konusunda bilgi alınan kaynaklar								
Almadım	61	24,4	8,6	189	75,6	39,1	250	20,9
Aldım	651	68,9	91,4	294	31,1	60,9	945	79,1
$\chi^2=160,64$ p=0,001								
Televizyon ve gazete	103	29,1	14,5	251	70,9	52,0	354	29,6
Komşu	5	55,6	0,7	4	44,4	0,8	9	0,8
Eve gelen sağlık personeli #	522	96,8	73,3	17	3,2	3,5	539	45,1
Broşür, afiş	21	48,9	3,0	22	51,1	4,5	43	3,6
Eve gelen sağlık personeliyle görüşme durumu&								
Kimse gelmedi	148	25,0	20,8	445	75,0	92,1	593	49,6
Ben görüştüm	387	93,5	54,4	27	6,5	5,6	414	34,6
Ev halkından biri görüştü	177	94,1	24,9	11	5,9	2,3	188	15,7
$\chi^2=470,91$ p=0,001								
Bilgisini yeterli bulma durumu								
Yeterli, kısmen yeterli	597	76,6	83,8	182	23,4	37,7	779	65,2
Yetersiz, fikrim yok	115	27,6	16,2	301	72,4	62,3	416	34,8
$\chi^2=270,06$ p=0,001								
Bilgi almak istediği kaynak								
Televizyon ve gazete	36	45,0	5,1	44	55,0	9,1	80	6,7
Komşulardan,arkadaşımdan	2	15,4	0,3	11	84,6	2,3	13	1,1
Sağlık personelinin	674	61,2	94,7	428	38,8	88,6	1102	92,2

%*:sattır yüzdesi

%**:kolon yüzdesi

#: Sağlık personeli ile aynı anda hem kişi (anket yapılan) hem de aileden başka biri de görüştüğü için toplam 522'den fazladır.

&:Kimse gelmedi diyenlerin sayısının eğitim/bilgi almadım diyenlerin sayısından fazla olması,kişilerin bir sağlık kurumuna müracaat ettiğinde, sağlık personelinin bilgi aldığı olarak düşünülmüştür.

Araştırma grubundan Ankara’da 651 kişi, Kırıkkale’de 294 kişi KKKA hastalığı hakkında herhangi bir bilgi kaynağından bilgi aldığını belirtmiştir. İllere göre bilgi alma durumu yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Ankara ilindekilerin daha fazla bilgi aldığı (%91,4) görölmektedir.

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların%80,2’si (522 kişi) ve %5,4’ü (30 kişi) eve gelen sağlık personelinden bilgi aldıklarını, %54,4’ü (387 kişi) ve % 5,6’sı (27 kişi) eve gelen sağlık personeli ile bizzat kendilerinin görüştüğünü, %15,9’u (103 kişi) ve %80,9’u (238 kişi) televizyon ve gazeteden bilgi aldıklarını, %8,6’sı (61 kişi) ve %39,1’i (189 kişi) KKKA hastalığı konusunda bilgi almadıklarını belirtmişlerdir.

Kırıkkale ve Ankara illerinde bilgi alınan kaynaklara göre de istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Bu fark Ankara ilindekilerin sağlık personelinden, Kırıkkale ilindekilerin ise radyo, gazete ve televizyondan bilgi almasından kaynaklanmaktadır.

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların%83,8’i (597 kişi) ve %37,7’si (182 kişi) KKKA hastalığı konusunda bilgisini yeterli veya kısmen yeterli bulmakta, %16,2’si (115 kişi) ve %62,3’ü (301 kişi) ise KKKA hastalığı konusunda bilgisini yetersiz bulmakta veya fikri bulunmamaktadır.

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların % 94,7’si (564 kişi) ve %88,6’sı (428 kişi) sağlık personelinden bilgi almak istemektedir.

Tablo 8’de Araştırma grubunun illere ve mesleklerine göre KKKA konusunda bilgisini yeterli bulma durumu göre dağılımları görölmektedir.

Tablo 8. Araştırma Grubunun İllere ve Mesleklerine Göre KKKA Konusunda Bilgisini Yeterli Bulma Durumu, 2010

Bilgisini Yeterli Bulma Durumu	İller						Genel Toplam	
	Ankara (n=712)			Kırıkkale (n=483)			(n=1195)	
	n	%*	%**	n	%*	%**	n	%**
Yeterli, kısmen yeterli								
Tarım ve hayvancılıkla ilgili meslekler	322	92,3	53,9	27	7,7	14,8	349	44,8
Diğer meslekler	275	64,0	46,1	155	36	85,2	430	55,2
						$\chi^2= 86,12$	$p=0,0001$	
Yetersiz, fikrim yok								
Tarım ve hayvancılıkla ilgili meslekler	54	52,4	47,0	49	47,6	16,3	103	24,8
Diğer meslekler	61	19,5	53,0	252	80,5	83,7	313	75,2
						$\chi^2= 41,93$	$p=0,0001$	

%*:satır yüzdesi
%**:kolon yüzdesi

Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde KKKA hastalığı konusunda bilgisini yeterli ve kısmen yeterli bulan katılımcıların%53,9'u (322 kişi) ve %14,8'i (27 kişi) tarım ve hayvancılıkla ilgili mesleklerde çalışmaktadırlar, KKKA hastalığı konusunda bilgisini yetersiz bulan ve fikri olmayan katılımcıların ise %47,0'ı (115 kişi) ve %16,3'ü (49 kişi) ise tarım ve hayvancılıkla ilgili mesleklerde çalışmaktadırlar,

Tablo 9'da Araştırma grubunun illere göre KKKA hastalığına yakalanma riskini değerlendirme durumuna göre dağılımları görülmektedir.

Tablo 9. Araştırma Grubunun İllere Göre KKKA Hastalığına Yakalanma Riskini Değerlendirme Durumu, 2010

KKKA Hastalığına Yakalanma Riskini Değerlendirme Durumu	İller						Genel Toplam (n=1195)	
	Ankara (n=712)			Kırıkkale (n=483)				
	n	%*	%**	n	%*	%**	n	%**
Hayır, Kendimi riskli görmüyorum	218	49,2	30,6	225	50,8	46,6	443	37,1
Hayır, çünkü kendimi koruyorum	68	63,6	9,6	39	36,4	8,1	107	9,0
Hayır, çünkü riskli yerde yaşamıyorum	53	44,2	7,4	67	55,8	13,9	120	10,0
Evet, Kendimi riskli görüyorum	320	66,3	44,9	163	33,7	33,7	483	40,4
Evet, çünkü kırsal/riskli bölgede yaşıyorum	119	61,7	16,7	74	38,3	15,3	193	16,2
Evet, hayvancılıkla uğraşıyorum	132	80,0	18,5	33	20,0	6,8	165	13,8
Evet, çünkü yeterince korunamıyorum	6	37,5	0,8	10	62,5	2,1	16	1,3
Evet, çünkü çevremde çok kene var	28	52,8	3,9	25	47,2	5,2	53	4,4
Bilmiyorum	174	64,7	24,4	95	36,3	19,7	269	22,5

$\chi^2=31,62$ $p=0,001$

%*:satır yüzdesi
%**:kolon yüzdesi

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların %30,6'sı (218 kişi) ve % 46,6 (225 kişi) KKKA hastalığına yakalanma olasılığı açısından kendini riskli görmemektedir, %9,6'sı (68 kişi) ve %8,1'i (39 kişi) çünkü kendimi koruyorum diye cevap vermiştir.

Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların %44,9'u (320 kişi) ve %33,7'si (163 kişi) KKKA hastalığına yakalanma olasılığı açısından kendini riskli gördüğünü bildirmiştir.

Hayır kendimi riskli görmüyorum, evet kendimi riskli görüyorum ve bilmiyorum cevabı verenler değerlendirildiğinde illere göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 10'da Araştırma grubunun KKKA hastalığı konusunda bilgi durumuna göre dağılımları görülmektedir.

Tablo 10. Araştırma Grubunun İllere Göre KKKA Hastalığı Konusunda Bilgi Durumu, 2010

Bilgi Durumu	İller						p ≠		
	(n=712)			(n=483)			(n=1195)		
	n	%*	%**	n	%*	%**	n	%**	
KKKA Hastalığını duyma durumu									
Evet	687	60,3	96,5	452	39,7	93,6	1139	95,3	
Hayır	25	44,6	3,5	31	55,4	6,4	56	4,7	
Hastalığın belirtilerini bilme durumu									
Ateş	602	66,7	84,6	300	33,3	62,1	902	75,5	p=0,001
Halsizlik	478	78,9	67,1	128	21,1	26,5	606	50,7	p=0,001
Kas ağrısı	283	95,0	39,7	15	5,0	3,1	298	24,9	p=0,001
Baş ağrısı	380	84,8	53,4	68	15,2	14,1	448	37,5	p=0,001
Bulantı- kusma	455	77,2	63,9	134	22,8	27,7	589	49,3	p=0,001
İshal	234	95,1	32,9	12	4,9	2,5	246	20,6	p=0,001
Kanama	179	86,1	25,1	29	13,9	6,0	208	17,4	p=0,001
Ölüm	111	83,5	15,6	22	16,5	4,6	133	11,1	p=0,001
Hastalığın tedavisi olup olmadığını bilme durumu									
Evet	508	64,5	71,3	279	35,5	57,8	787	65,9	
Hayır	54	44,6	7,6	67	55,4	13,9	121	10,1	
Bilmiyorum	150	52,3	21,1	137	47,7	28,4	287	24,0	
							x²=17,32	p=0,001	
Hastalığın nasıl bulaştığını bilme durumu									
Bilmiyorum	43	30,3	6,0	99	69,7	20,5	142	11,9	p=0,001
Kene tutunmasıyla	619	65,0	86,9	333	35,0	68,9	952	79,7	p=0,001
Keneyi ezerek	192	83,8	27,0	37	16,2	7,7	229	19,2	p=0,001
Hasta hayvandan	97	89,0	13,6	12	11,0	2,5	109	9,1	p=0,001
Hasta insandan	76	97,4	10,7	2	2,6	0,4	78	6,5	p=0,001

%:satır yüzdesi

%**:kolon yüzdesi, birden fazla seçenek işaretlendiğinden toplam 100,0 etmemektedir

#: ki-kare testi

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların %96,5'i (687 kişi) ve % 93,6'sı (452 kişi) KKKA hastalığını duyduğunu belirtmiştir. Her iki ilin KKKA hastalığını duymasına göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların %84,6'sı (602 kişi) ve % 62,1'i (300 kişi) KKKA hastalığında ateş belirtisinin olduğunu, %67,1'i (478 kişi) ve % 26,5'i (128 kişi) halsizlik belirtisinin olduğunu, %53,4'ü (380 kişi) ve % 14,1'i (68 kişi) baş ağrısı belirtisinin olduğunu, %25,1'i (179 kişi) ve %6,0'ı (29 kişi) kanama olduğunu bildiklerini belirtmişlerdir. İllere göre katılımcıların KKKA hastalığının tüm belirtilerini bilme yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$).

Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların %71,3'ü (508 kişi) ve %57,8'i (279 kişi) KKKA hastalığının tedavi edilebileceğini belirtmişlerdir.

Katılımcıların %86,9'u (619 kişi) ve %68,9'u (333 kişi) KKKA hastalığının kene tutunması ile, %27,0'ı (192 kişi) ve %7,7'si (37 kişi) kenenin ezilmesi ile, %13,6'sı (97 kişi) ve %2,5'i (12 kişi) hasta hayvanlardan, %10,7'si (76 kişi) ve %0,4'ü (2 kişi) ise hasta insanlardan bulaştığını belirtmişlerdir. İllere göre katılımcıların KKKA hastalığının nasıl bulaş yollarının her birini bilme yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$).

Tablo 11'de Araştırma grubunun KKKA hastalığının çevrelerinde görülme durumuna göre dağılımları görülmektedir.

Tablo 11. Araştırma Grubunun İllere Göre KKKA Hastalığının Çevrelerinde Görülme Durumu, 2010

KKKA Hastalığının Çevrede Görülme Durumu	İller					
	Ankara (n=712)			Kırıkkale (n=483)		
	n	%*	%**	n	%*	%**
Çevresinde KKKA Hastalığına yakalanan var mı bilme durumu						
Evet	126	78,8	17,7	34	21,3	7,0
Hayır	482	52,7	67,7	433	47,3	89,6
Bilmiyorum	104	86,7	14,6	16	13,3	3,3
						Genel Toplam (n=1195)
						n %**
						160 13,4
						915 76,6
						120 10,0
						x ² =27,32 p=0,002
Çevresinde KKKA Hastalığından ölen var mı bilme durumu						
Evet	71	91,1	10,0	7	9,0	1,4
Hayır	558	54,8	78,4	461	45,2	95,4
Bilmiyorum	83	84,7	11,7	15	15,3	3,1
						Genel Toplam (n=1195)
						n %**
						78 6,5
						1019 85,3
						98 8,2
						x ² =32,88 p=0,001

%;sıra yüzdesi
%;kolon yüzdesi

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların %17,7'si (126 kişi) ve % 7,0'ı (34 kişi) çevrelerinde KKKA hastalığına yakalanan kişiler olduğunu, %10,0'ı (71 kişi) ve %1,4'i (7 kişi) ise çevrelerinde KKKA hastalığından ölen olduğunu belirtmişlerdir.

Her iki ilin katılımcılarının bulundukları çevrede KKKA hastalığı olanı bilme durumuna göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

4.3. Çalışmaya Katılan Kişilerin Kenelerden Korunma Konusunda Bilgi Durumu İle İlgili Bulgular

Tablo 12’de Araştırma grubunun kene konusunda bilgi durumuna göre dağılımları görülmektedir.

Tablo 12. Araştırma Grubunun İllere Göre Kene Konusunda Bilgi Durumu, 2010

Kene Konusunda Bilgi Durumu	İller						p #	
	Ankara (n=712)			Kırıkkale (n=483)			Genel Toplam (n=1195)	
	n	%*	%**	n	%*	%**	n	%**
Çevrede varsa bilme durumu								
Hayır, yok	132	27,2	18,5	353	72,8	73,1	485	40,6
Evet, var	580	81,7	81,5	130	18,3	26,9	710	59,4
							x²=352,81	p=0,001
Evde	21	65,6	2,9	11	34,4	2,3	32	2,7
Bahçede	254	82,5	35,7	54	17,5	11,2	308	25,8
Hayvanlarda	407	87,7	57,2	57	12,3	11,8	464	38,8
Tarlada	397	89,0	55,8	49	11,0	10,1	446	37,3
								p>0,05
Hangi aylarda görüldüğünü bilme durumu								
Nisan- eylül	660	59,9	92,7	441	40,1	91,3	1101	92,1
Kış aylarında	52	55,3	7,3	42	44,7	8,7	94	7,9
								p>0,05
Nasıl hareket ettiğini bilme durumu								
Bilmiyorum	36	29,7	5,0	85	70,3	17,6	121	11,1
Tırmanır	666	64,2	92,6	371	35,8	76,8	1037	86,8
Uçar,zıplar	10	27,0	1,4	27	73,0	5,6	37	3,1
							x²=52,50	p=0,001

%*:satır yüzdesi

%**:kolon yüzdesi, birden fazla seçenek işaretlendiğinden toplam 100,0 etmemektedir

#: ki-kare testi

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların %18,5'i (132 kişi) ve %73,1'i (353 kişi) bulunduğu çevrede kene olmadığını %81,5'i (580 kişi) ve %26,9'u (130 kişi) ise kene olduğunu bildirmiştir.

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların %2,9 'u (21 kişi) ve %2,3'ü (11 kişi) evlerinde, %35,7'si (254 kişi) ve %11,2'si (54 kişi) bahçelerinde, %57,2'si (407 kişi) ve %11,8'i (57 kişi) hayvanlarında, %55,8'i (397 kişi) ve %10,1'i (49 kişi) tarlada kene olduğunu bildirmişlerdir.

İllere göre çevrelerinde, bahçede, hayvanlarında ve tarlalarında kene bulunması yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Kırıkkale ilinden katılanların çevrelerinde daha az kene bulunmaktadır.

Katılımcıların sadece %7,3'ü (52 kişi) ve %8,7'si (42 kişi) kenelerin bahar ve yaz ayları dışında da görüldüğünü bildirmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmaya katılanların %92,8'i (666 kişi) ve %76,8'i (364 kişi) kenelerin yürüyerek tırmandığını belirtmiştir. Her iki ilin katılımcılarının kenelerin nasıl hareket ettiğini bilme yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$).

Tablo 13'te Araştırma grubunun hayvanlarda bulunan kenelere ne yapılacağı konusunda bilgi durumuna göre dağılımları görülmektedir.

Tablo 13. Araştırma Grubunun İllere Göre Hayvanlarda Bulunan Kenelere Ne Yapılacağı Konusunda Bilgi Durumu, 2010

Hayvanlarda Bulunan Kenelere Ne Yapılacağını Bilme Durumu	İller						Genel Toplam (n=1195)	
	Ankara (n=712)			Kırıkkale (n=483)				
	n	%*	%**	n	%*	%**	n	%**
Hayvanların ilaçlatılması konusunda bilgi durumu								
Bilmiyorum	238	62,0	33,4	146	38,0	30,2	384	32,1
Hayır	122	71,8	17,1	48	28,2	9,9	170	32,1
Evet	352	54,9	49,4	289	45,1	59,8	641	53,6
Hangi hayvanlar								
Belirtilmemiş	472	65,8	66,3	245	34,2	50,7	717	60,0
Büyükbaş	122	69,7	17,1	53	30,3	11,0	175	14,6
Küçükbaş	32	40,0	4,5	48	60,0	9,9	80	6,7
Büyükbaş ve küçükbaş	86	41,3	12,1	122	58,7	25,3	208	17,4
Kümes	0	0	0	15	100	3,1	15	1,3
Hayvanlardaki kenelerin çıkarılması konusunda bilgi durumu								
Bilmiyorum	237	56,7	33,3	181	43,3	37,5	418	35,0
Hayır çıkarılmamalı	158	51,8	22,2	147	48,2	30,4	305	25,5
Evet çıkarılır	317	67,2	44,5	155	32,8	32,1	472	39,5
Hayvanlardaki kenelerin nasıl çıkarılacağı konusunda bilgi durumu								
Belirtilmemiş	415	52,8	58,3	372	47,2	77,0	787	65,9
Elle	10	16,4	1,4	51	83,6	10,6	61	5,1
Kağıt veya bezle	15	50,0	2,1	15	50,0	3,1	30	2,5
Eldiven veya poşetle	230	97,1	32,3	7	3,9	1,4	237	19,8
Cımbızla	41	52,6	5,8	37	47,7	7,7	78	6,5
Kendiliğinden düşer	1	50,0	0,1	1	50,0	0,2	2	0,2
Hayvanlardan çıkarılan kenelerin ne yapılacağını bilme durumu								
Belirtilmemiş	448	54,4	62,9	375	45,6	77,6	823	69,4
Yere atılır	54	44,3	7,6	68	55,7	14,1	122	10,2
Elle patlatılır	7	5,9	1,1	16	94,1	3,3	17	1,4
Yakılır	69	96,0	9,6	23	4,0	4,7	92	7,7
Çamaşır suyuna atılır	134	99,3	18,8	1	0,7	0,2	135	11,3

%*:satır yüzdesi

%**:kolon yüzdesi, birden fazla seçenek işaretlendiğinden toplam 100,0 etmemektedir

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların %33,4'ü (238 kişi) ve % 30,2'si (146 kişi) hayvanların kenelere karşı ilaçlanması konusunda bilgi sahibi olmadıklarını, %49,4'ü (352 kişi) ve % 59,8'i (289 kişi) hayvanların kenelere karşı ilaçlanması gerektiğini belirtmişlerdir. Her iki ilin katılımcılarının hayvanların kenelere karşı ilaçlanması konusundaki bilgi durumları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların %33,3'ü (237 kişi) ve % 37,5'i (181 kişi) hayvanların üzerinde bulunan kenelerin çıkarılması konusunda bilgi sahibi olmadıklarını, %22,3'si (158 kişi) ve % 30,4'ü (147 kişi) hayvanların üzerinde bulunan kenelerin çıkarılmaması gerektiğini, %44,5'i (317 kişi) ve % 32,1'i (155 kişi) ise hayvanların üzerinde bulunan kenelerin çıkarılması gerektiğini bildirmişlerdir.

Araştırmaya katılanların %32,3'ü (230 kişi) ve % 1,4'ü (7 kişi) hayvanların üzerinde bulunan keneleri eldiven veya poşetle çıkarılabileceğini bildirmişlerdir. Katılımcıların %18,8'i (134 kişi) ve % 0,2'si (1 kişi) hayvanların üzerinde bulunan kenelerin çıkarıldıktan sonra çamaşır suyuna atılabileceğini bildirmişlerdir.

Tablo 14'te Araştırma grubunun riskli alanlarda kenelerden korunma konusunda bilgi durumuna göre dağılımları görülmektedir.

Tablo 14. Araştırma Grubunun İllere Göre Riskli Alanlarda Kenelerden Korunma Konusunda Yapılacakları Bilme Durumu, 2010

	İller								p#
Riskli Alanda Yapılacakları	Ankara			Kırıkkale			Genel Toplam		
Bilme Durumu	(n=712)			(n=483)			(n=1195)		
	n	% *	% **	n	% *	% **	n	% **	
Hiçbir şeye gerek yok	25	15,2	3,5	140	84,8	29,0	165	13,8	p=0,001
Pantolon çorabın içine k.	632	75,4	88,8	206	24,6	42,7	838	70,1	p=0,001
Açık renkli giyinilir ∞	464	88,5	65,2	60	11,5	12,4	524	43,8	p=0,001
Kapalı giysiler giyinilir	378	67,3	53,1	184	32,7	38,1	562	47,0	p=0,001
∞ x²=324,90 p=0,001									

%*:sattır yüzdesi

%** :kolon yüzdesi, birden fazla seçenek işaretlendiğinden toplam 100,0 etmemektedir

#: ki-kare testi

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların %3,5'i (25 kişi) ve %29,0'ı (140 kişi) riskli alanlara (tarlaya/otlağa/ormana/pikniğe) giderken kenelerden korunmak için hiç bir şeye gerek olmadığını, %88,8'i (632 kişi) ve %42,7'si (206 kişi) kenelerden korunmak için pantolon paçalarının çorap içine konulmasının, %65,2'si (464 kişi) ve %12,4 (60 kişi) açık renkli giysiler giyilmesinin, %53,1 (378 kişi) ve %38,1 (184 kişi) ise kapalı giysiler giyilmesinin gerektiğini bildirmişlerdir. İllere göre riskli alanlara giderken kenelerden korunmak için yapılacakları bilme yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p<0,05).

Tablo 15'te Araştırma grubunun riskli alan dönüşü yapılacakları bilme durumuna göre dağılımları görülmektedir.

Tablo 15. Araştırma Grubunun İllere Göre Riskli Alan Dönüşü Yapılacakları Bilme Durumu,2010

Riskli Alan Dönüşü Yapılacakları Bilme Durumu	İller									p #
	Ankara (n=712)			Kırıkkale (n=483)			Genel Toplam (n=1195)			
	n	%*	%**	n	%*	%**	n	%**		
Riskli alan dönüşü kene kontrolünü bilme durumu										
Hayır	13	9	1,8	132	91	27,3	145	12,1	p=0,001	
Evetgiysilerde kene kontrolüy.	396	61	55,6	253	39	52,4	649	54,3	p>0,05	
Evet vücutta kene kontrolüy.	498	70,1	69,9	212	29,9	43,9	710	59,4	p=0,001	
Hangi vücut bölgelerini kontrol edeceğini bilme durumu										
Kol koltukaltı	152	74,9	21,3	51	25,1	10,6	203	17,0	p=0,001	
Kasık bölgesi	132	78,1	18,5	37	21,9	7,7	169	14,1	p=0,001	
Diz arkası	93	62,4	13,1	56	37,6	11,6	149	12,5	p>0,05	
Kulak arkası	56	59,6	7,9	38	40,4	7,9	94	7,9	p>0,05	
Saçlı deri	64	64,0	9,0	36	36,0	7,5	100	8,4	p>0,05	

%*:sattır yüzdesi

%**:kolon yüzdesi, birden fazla seçenek işaretlendiğinden toplam 100,0 etmemektedir

#: ki-kare testi

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların %1,8'i (13 kişi) ve %27,3'ü (132 kişi) riskli alan (tarla/otlak/orman/piknik) dönüşü kene kontrolü yapılacağını bilmediğini, %55,6'sı (393 kişi) ve %52,4'ü (253 kişi) giysilerde kene kontrolü yapılması gerektiğini, %69,9'u (498 kişi) ve %43,9'u (212 kişi) ise vücutta kene kontrolü yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. İllere göre riskli alan dönüşü kene kontrolü yapılmasını bilme yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p<0,05).

Elbiselerinde kene kontrolü yapılmasını bilme yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05). İki ilin katılımcıların çoğu giysilerini kontrol edeceğini bilmektedir.

Vücutlarında kene kontrolü yapılmasını bilme yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (p<0,05).

Katılımcıların %21,3'ü (152 kişi) ve %10,6'sı (51 kişi) kol ve koltuk altında, %18,5'i (132 kişi) ve %7,7'si (37 kişi) kasık bölgesinde, %13,1'i (93 kişi) ve %11,6 (56 kişi) diz arkasında, %7,9'u (56 kişi) ve %7,9'u (38 kişi) kulak arkasında, %9,0'ı (64 kişi) ve %7,5'i (36 kişi) saçlı deride kene kontrolü yapılması gerektiğini bildirmişlerdir.

Riskli alan (tarla/otlak/orman/piknik) dönüşü kol ve koltuk altında ve kasık bölgesinde kene kontrolü yapılacağını bilme yönünden iller arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 0,05$).

Tablo 16'da Araştırma grubunun vücuda tutunmuş keneye ne yapılır bilme durumuna göre dağılımları görülmektedir.

Tablo 16. Araştırma Grubunun İllere Göre Vücuda Tutunmuş Keneye Ne Yapılır Bilme Durumu, 2010

Vücuda Tutunmuş Keneye Ne Yapılır Bilme Durumu	İller								p #
	Ankara (n=712)			Kırıkkale (n=483)			Genel Toplam (n=1195)		
	n	% *	% **	n	% *	% **	n	% **	
	<u>Vücuda tutunmuş keneye ne yapılır bilme durumu</u>								
Hiçbir şey yapılmaz	16	44,4	2,2	20	55,6	4,1	36	3,0	p>0,05
Kendiliğinden düşer	10	58,8	1,4	7	41,2	1,4	17	1,4	p>0,05
Çıplak elle çıkarılır	33	36,3	4,6	58	63,7	12,0	91	7,6	p=0,001
Cımbızla çıkarılır	184	80,3	25,8	45	19,7	9,3	229	19,2	p=0,001
Kağıt veya bezle çıkarılır	15	65,2	2,1	8	34,8	1,7	23	1,9	p>0,05
İplikle çıkarılır	6	50	0,8	6	50	1,2	12	1,0	p>0,05
Eldivenle çıkarılır	117	95,1	16,4	6	4,9	1,2	123	10,3	p=0,001
Sağlık kurumuna gidilir	619	61,2	86,9	393	38,8	81,4	1012	84,7	p>0,05

%%*:sattır yüzdesi

%%*:kolon yüzdesi, birden fazla seçenek işaretlendiğinden toplam 100,0 etmemektedir

#: ki-kare testi

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların %2,2'si (16 kişi) ve % 4,1'i (20 kişi) vücuda tutunmuş kene görünce hiçbir şey yapılmasına gerek olmadığını, %1,4'ü (10 kişi) ve % 1,4'ü (7 kişi) kenenin kendiliğinden düşmesini beklenmesini, %4,6'sı (33 kişi) ve % 12,0'ı (58 kişi) ise vücuda tutunmuş kenenin çıplak elle çıkarılabileceğini belirtmişlerdir, istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$).

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların %25,8'i (184 kişi) ve % 9,3'ü (45 kişi) vücuda tutunmuş kenenin cımbızla çıkarılacağını, %86,9'u (619 kişi) ve % 81,4'ü (393 kişi) sağlık kurumuna gidileceğini belirtmişlerdir. Vücuda tutunmuş kenenin cımbızla çıkarılacağını bilme yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Her iki ilde katılımcılar vücuda tutunmuş kenenin çıkarılması için çoğunlukla sağlık kuruluşuna gidilir cevabını vermişlerdir, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 17'de Araştırma grubunun vücuda tutunmuş kene çıkarıldıktan sonra yapılacakları bilme durumu görülmektedir.

Tablo 17. Araştırma Grubunun İllere Göre Vücuda Tutunmuş Kene Çıkarıldıktan Sonra Yapılacakları Bilme Durumu, 2010

İller									
Kene Çıkarıldıktan Sonra	Ankara			Kırıkkale			Genel Toplam		p #
Yapılacakları Bilme Durumu	(n=712)			(n=483)			(n=1195)		
	n	%*	%**	n	%*	%**	n	%**	
Kene çıkarıldıktan sonra ne yapacağını bilme durumu									
Hiçbir şey yapılmasına gerek yok	11	22,9	1,5	37	77,1	7,7	48	4,8	p=0,001
Sağlık kuruluşuna başvurulur	643	61,1	90,3	410	38,9	84,9	1063	88,1	p>0,05
Kene incelemeye götürülür	188	90	26,4	21	10	4,3	209	17,5	p=0,001
Bilmiyorum	29	48,3	4,1	31	51,7	6,4	60	5,0	p>0,05
Hangi şikayetle başvuracağını bilme durumu									
Ateş	574	64,1	80,6	322	35,9	66,7	896	75,0	p=0,001
Halsizlik	547	83	76,8	112	17	23,2	659	55,1	p=0,001
Kas ağrısı	331	92,7	46,5	26	7,3	5,4	357	29,9	p=0,001
Baş ağrısı	397	84,5	55,8	73	15,5	15,1	470	39,3	p=0,001
Bulantı- kusma	469	76,3	65,9	146	23,7	30,2	615	51,5	p=0,001
İshal	323	95,6	45,4	15	4,4	3,1	338	28,3	p=0,001
Şikayetlerin kaç gün içinde görüleceğini bilme durumu									
Hiçbir şey olmaz	7	30,4	1	16	69,6	3,3	23	1,9	
Hemen	68	39,3	9,6	105	60,7	21,7	173	14,5	p=0,001
On gün içinde	467	72,3	65,6	179	27,7	37,1	646	54,1	p=0,001
Bir ay içinde	6	46,2	0,8	7	53,8	1,4	13	1,1	
Bilmiyorum	164	48,2	23,0	176	51,8	36,4	340	28,5	p>0,05

/*:sattır yüzdesi

/**:kolon yüzdesi, birden fazla seçenek işaretlendiğinden toplam 100,0 etmemektedir

#: ki-kare testi

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların %1,5'i (11 kişi) ve %7,7'si (37 kişi) vücuda tutunmuş kene çıkarıldıktan sonra hiçbir şey yapılmasına gerek olmadığını, %90,3'ü (643 kişi) ve %84,9'u (410 kişi) en kısa zamanda sağlık kuruluşuna başvurulacağını, %26,4'ü (188 kişi) ve %4,3'ü (21 kişi) ise kenenin incelemeye

götürüleceğini belirtmişlerdir. Her iki ilin katılımcılarının vücuda tutunmuş kene çıkarıldıktan sonra en kısa zamanda sağlık kuruluşuna başvurulacağını büyük bir yüzde ile bilmişlerdir, iller arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların %80,6'sı (574 kişi) ve %66,7'si (322 kişi) ateş şikayeti olduğunda, %76,8'i (547 kişi) ve %23,2'si (112 kişi) halsizlik şikayeti olduğunda, %55,8'i (397 kişi) ve %15,1'i (73 kişi) baş ağrısı olduğunda, %65,9'u (469 kişi) ve %30,2'si (146 kişi) bulantı ve kusma olduğunda bir sağlık kurumuna başvuracaklarını bildirmişlerdir. İllere göre KKKA hastalığının semptomlarını bilme yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$).

Katılımcıların %9,6'sı (68 kişi) ve %21,7'si (105 kişi) kene tutunmasından hemen sonra, %65,6'sı (467 kişi) ve %37,1'i (179 kişi) on gün içinde KKKA hastalığı bulgularının görülebileceğini, %23,0'ı (164 kişi) ve %36,4'ü (176 kişi) ise bilmediklerini belirtmişlerdir. İllere göre on gün içinde KKKA hastalığı bulgularının görülebileceğini bilme yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$).

Tablo 18'de Araştırma grubunun illere göre gün içinde hayvanlarla meşgul olma durumu görülmektedir.

Tablo 18. Araştırma Grubunun İllere Göre Gün İçinde Hayvanlarla Meşgul Olma Durumu, 2010

Hayvanlarla Meşgul Olma Durumu	İller						Genel Toplam (n=1195)	
	Ankara (n=712)			Kırıkkale (n=483)				
	n	%*	%**	n	%*	%**	n	%**
Gün içinde hayvanlarla meşgul olma durumu								
Hayır	270	43,5	37,9	350	56,5	72,5	620	51,9
Evet, hayvan besliyor, bakıyor	325	74,7	45,6	110	25,3	22,8	435	36,4
Evet, çevrede hayvan var, meşgul olur	117	83,6	16,4	23	4,8	4,8	140	11,7
						x²=129,37	p=0,001	
Gün içinde meşgul olunan hayvanlar ≠								
Küçükbaş	97	71,9	13,6	38	28,1	7,9	135	11,3
Büyükbaş∞	315	79,7	44,2	80	20,3	16,6	395	33,1
Kümes	155	70,1	21,8	66	29,9	13,7	221	18,5
Köpek	65	61,3	9,1	41	38,7	8,5	106	8,9
						∞ x²=99,54	p=0,001	

%*:satır yüzdesi

%**:kolon yüzdesi

∞:bir veya birden fazla çeşit hayvanla meşgul olabilir

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların %37,9'u (270 kişi) ve %72,5'i (350 kişi) gün içinde hayvanlarla meşgul olmadıklarını, %45,6'sı (325 kişi) ve %22,8'i (110 kişi) hayvan beslediklerini, %16,4'ü (117 kişi) ve %4,8'i (23 kişi) çevrelerinde bulunan hayvanlar olduğunu belirtmişlerdir.İllere göre hayvan besleme ve çevrelerinde hayvanlar bulunması yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$).

Katılımcıların %13,6'sı (97 kişi) ve %7,9'u (38 kişi) küçükbaş, %44,2'si (315 kişi) ve %16,6'sı (80 kişi) büyükbaş, %21,8'i (155 kişi) ve %13,7'si (66 kişi) ise kümes hayvanları ile meşgul olduklarını bildirmişlerdir.Büyükbaş hayvan besleme önünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$).

4.4. Çalışmaya Katılan Kişilerin Keneler ve KKKA Hastalığından Korunma Konusunda Tutum Durumu İle İlgili Bulgular

Tablo 19'da Araştırma grubunun gün içinde meşgul oldukları hayvanlarla ilgili tutum durumu görülmektedir.

Tablo 19. Araştırma Grubunun İllere Göre Meşgul Oldukları Hayvanlarla İlgili Tutum Durumu, 2010

Hayvanlarla İlgili Keneler Konusunda Tutum Durumu	İller						Genel Toplam (n=1195)	
	Ankara (n=712)			Kırıkkale (n=483)				
	n	%*	%**	n	%*	%**	n	%**
Keneye karşı hayvanları ilaçlatma durumu								
Hayır, ilaçlatmıyor	276	81,7	38,8	62	18,3	12,8	338	28,3
Evet, ilaçlatıyor	220	70,5	30,9	92	29,5	19,0	312	26,1
							x²=95,29	p=0,001
Hayvanlar hangi sıklıkta ilaçlatılıyor								
Belirtilmemiş	585	59,2	82,2	403	40,8	83,4	988	82,7
Ayda bir	62	78,5	8,7	17	21,5	3,5	79	6,6
45 günde bir	46	83,6	6,5	9	16,4	1,9	55	4,6
Üç ayda bir	10	43,5	1,4	13	56,5	2,7	23	1,9
Altı ayda bir	3	11,5	0,4	23	88,5	4,8	26	2,2
Yılda bir	6	25,0	0,8	18	75,0	3,7	24	2,0
Hayvanların üzerinden kene çıkarma durumu								
Evet	264	81,9	37,1	58	18,1	11,6	322	26,9
Hayır	448	51,3	62,9	425	48,7	88,4	873	73,1
Keneleri çıkarma yöntemi								
Çıplak elle	11	20,4	1,5	43	79,6	8,9	54	4,5
Kağıt veya bezle	27	93,1	3,8	2	6,9	0,4	29	2,4
Eldiven veya poşetle	226	97,0	31,7	7	3,0	1,4	236	19,7
Kendiliğinden düşmesini bekleme	7	53,8	1,0	6	46,2	1,2	13	1,1
Hayır veya işaret yok	441	50,8	62,0	425	49,2	88,0	863	72,2

Keneleri çıkardıktan sonra imha etme yöntemi

Yere atma	51	58,6	7,2	36	41,4	7,5	87	7,3
Elle patlatma	6	31,6	0,8	13	68,4	2,7	19	1,6
Yakma	45	86,5	6,3	7	13,5	1,4	52	4,3
Çamaşır suyuna atma	130	98,5	18,3	2	1,5	0,4	132	11,1
İşaret yok	480	53,1	67,4	425	46,9	88,0	905	75,7

*:satır yüzdesi

**:kolon yüzdesi

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların %38,8'i (276 kişi) ve % 12,8'i (62 kişi) hayvanlarını ilaçlatmadığını, %30,9'u (220 kişi) ve % 19,0'ı (92 kişi) hayvanlarını ilaçlattığını, %8,7'si (62 kişi) ve % 3,5 (17 kişi) hayvanlarını ayda bir ilaçlattığını, %6,5'i (46 kişi) ve % 1,9'u (9 kişi) hayvanlarını 45 günde bir ilaçlattığını belirtmişlerdir. Her iki il arasında hayvanlarını ilaçlatma yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$).

Katılımcıların %37,1'i (264 kişi) ve %11,6'sı (58 kişi) hayvanlarında bulunan keneleri çıkarma tutumunda olduklarını, %62,9'u (448 kişi) ve % 88,4'ü (425 kişi) hayvanlarında bulunan keneleri çıkarmadıklarını, %1,5'i (11 kişi) ve % 8,9'u (43 kişi) hayvanlarında bulunan keneleri çıplak elle, %31,7'si (226 kişi) ve % 1,4'ü (7 kişi) eldiven veya poşetle, %3,8'i (27 kişi) ve % 0,4'ü (2 kişi) ise kağıt veya bezle çıkardıklarını, %7,2'si (51 kişi) ve % 7,5'i (36 kişi) hayvanlarının vücudundan çıkardıkları keneyi yere attıklarını, %0,8'i (6 kişi) ve %2,7'si (13 kişi) elle patlattıklarını, %6,3'ü (45 kişi) ve % 1,4'ü (7 kişi) yaktıklarını, %18,3'ü (130 kişi) ve % 0,4'ü (2 kişi) ise çamaşır suyuna attıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 20'de Araştırma grubunun KKKA hastalığından korunma konusunda tutum durumu görülmektedir.

Tablo 20. Araştırma Grubunun İllere Göre KKKA Hastalığından Korunma Konusunda Tutum Durumu, 2010

Korunma Konusunda Tutum Durumu	İller						Genel Toplam (n=1195)	
	Ankara (n=712)			Kırıkkale (n=483)				
	n	%*	%**	n	%*	%**	n	%**
Riskli alana giderken giyinme durumu								
Dikkat etmiyor	42	21,2	5,9	156	78,8	32,3	198	16,6
Pantolon paçaları çorabın içine koyuyor	562	73,5	78,9	203	26,5	42,0	765	64,0
Açık renkli giysiler giyiyor	418	89,1	58,7	51	10,9	10,6	469	39,2
Kapalı giysiler giyiyor	350	66,3	49,2	178	33,7	36,9	528	44,2
								p=0,001
Riskli alan dönüşü <u>giyside</u> kene kontrolü yapma durumu								
Evet	634	66,9	89,0	313	33,1	64,8	947	79,2
Hayır	78	31,5	11,0	170	68,5	35,2	248	20,8
								p=0,001
Riskli alan dönüşü <u>vücutta</u> kene kontrolü yapma durumu								
Hayır	67	34,7	9,4	126	65,3	26,1	193	16,2
Kol ve koltuk altı	569	69,1	79,9	254	30,9	52,6	823	68,9
Kasıklar	473	77,8	66,4	135	22,2	28,0	608	50,9
Diz arkası	335	74,8	47,1	113	25,2	23,4	448	37,5
Kulak arkası	405	78,5	56,9	112	21,7	23,2	517	43,3
Ense	287	74,0	40,3	101	26,0	20,9	388	32,5
Saçlı deri	350	73,5	49,2	126	26,5	26,1	476	39,8
								p=0,001

%*:sadır yüzdesi

%**:kolon yüzdesi, birden fazla seçenek işaretlendiğinden toplam 100,0 etmemektedir

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların %5,9'u (42 kişi) ve % 32,3'ü (156 kişi) riskli alanlara (tarlaya/otlağa/ormana/pikniğe) giderken kenelerden korunmak için hiç bir şey yapmadığını, %78,9'u (562 kişi) ve % 42,0'ı (203 kişi) kenelerden korunmak için pantolon paçalarının çorap içine koyduklarını, %58,7'si (418 kişi) ve % 10,6'sı (51 kişi) açık renkli giysiler giydiklerini, %49,2'si (350 kişi) ve % 36,9'u (178 kişi) ise kapalı giysiler giydiklerini bildirmişlerdir. Riskli alanlara giderken kenelerden korunmak için giysilerine dikkat etme tutumları yönündeniller arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$).

Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların %66,9'u (634 kişi) ve % 33,1'i (313 kişi) riskli alan dönüşü giysilerinde kene kontrolü yaptıklarını, %69,1'i (569 kişi) ve %30,9'u (254 kişi) kol ve koltuk altında, %77,8'i (473 kişi) ve %22,2'si (35 kişi) kasıklarında, %74,8'i (335 kişi) ve %25,2'si (113 kişi) diz arkasında, %78,3'ü (405 kişi) ve % 21,7'si (112 kişi) kulak arkasında, %73,5'i (350 kişi) ve %26,5'i (126 kişi) saç derisinde kene kontrolü yaptıklarını bildirmişlerdir. Riskli alan dönüşü giysilerinde ve vücudunda kene kontrolü yapma tutumu yönündeniller arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$).

Tablo 21'de Araştırma grubunun kene tutunması durumunda tutum durumu görülmektedir.

Tablo 21. Araştırma Grubunun İllere Göre Kene Tutunması Konusunda Tutum Durumu, 2010

Vücuda Tutunmuş Kene Konusunda Tutum Durumu	İller						Genel Toplam	
	Ankara (n=712)			Kırıkkale (n=483)			(n=1195)	
	n	%*	%**	n	%*	%**	n	%**
Kendi vücudunda tutunmuş kene bulma durumu								
Evet	123	79,4	17,3	32	20,6	6,6	155	12,9
Hayır	567	55,8	79,6	450	44,2	93,2	1017	85,2
Bilmiyorum	22	95,7	3,1	1	4,3	0,2	23	1,9
Aileden birinin vücudunda tutunmuş kene bulma durumu								
Hayır, bilmiyorum	632	9,9	88,8	423	40,1	87,6	1055	88,3
Evet, eşinde	31	44,3	4,4	39	55,7	8,1	70	5,9
Evet, çocuklarda	28	58,3	3,9	20	41,7	4,1	48	4,0
Evet, aile büyüklerinde	21	95,5	2,9	1	4,5	0,2	22	1,8
Vücuda tutunmuş kene görünce yapılan tutum durumu ≠								
Çıplak elle çıkarma	17	48,6	13,8	18	51,4	56,3	35	22,6
Kağıt veya bezle çıkarma	12	100	9,7	0	0	0	12	7,7
Eldivenle çıkarma	2	66,6	1,6	1	33,3	3,1	3	1,9
Cımbızla çıkarma	27	93,1	22,1	2	6,9	6,2	29	18,7
Sağlık kurumuna gitme	65	85,5	52,8	11	14,5	34,4	76	49,1

%:sıra yüzdesi

**%*:kolon yüzdesi

≠: kendi vücudunda tutunmuşkene bulanlardeğerlendirmeye alınmıştır

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların %17,3'ü (123 kişi) ve %6,6'sı (32 kişi) kendi vücuduna tutunmuş kene bulunduğunu, %4,4'ü (31 kişi) ve %8,1'i (39 kişi) eşinin vücuduna kene tutunduğunu, %3,9'u (28 kişi) ve %4,1'i (20 kişi) çocuklarının vücuduna kene tutunduğunu, %2,9'u (21 kişi) ve %0,2'si (1 kişi) aile büyüklerinin vücuduna kene tutunduğunu, %88,8'i (632 kişi) ve %87,6'sı (423 kişi) ise aileden birinin vücuduna tutunmuş kene olup olmadığını bilmediğini belirtmiştir.

İki ilin arasında kendisinin ve aileden birinin vücuduna tutunmuş kene bulmayönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların %13,8'i (17 kişi) ve % 56,3'ü (18 kişi) vücuda tutunmuş keneyi çıplak elle çıkardığını, %22,1'i (27 kişi) ve % 6,2'si (2 kişi) cımbızla çıkardığını, %529,8'i (65 kişi) ve % 34,4'ü (11 kişi) sağlık kurumuna başvurduğunu belirtmiştir.

4.5. Çalışmaya Katılan Kişilerin Keneler ve KKKA Hastalığından Korunma Konusunda Bilgi ve Tutum Puanlarının Değerlendirilmesi İle İlgili Bulgular

Çalışmaya katılanların keneler ve KKKA hastalığından korunma konusundakibilgi ve tutum cevapları puanlandırılarak değerlendirilmiştir.

Tablo 22'de Araştırma grubunun toplam bilgi puanı durumu görülmektedir.

Tablo 22. Araştırma Grubunun İllere Göre Toplam Bilgi Puanı Durumu, 2010

Bilgi Puanı Grupları	İller							
	Ankara (n=712)			Kırıkkale (n=483)			Genel Toplam (n=1195)	
	n	% *	% **	n	% *	% **	n	% **
≤15	44	18,9	6,2	189	81,1	39,1	233	19,5
16-18	117	39,8	16,4	177	60,2	36,6	294	24,6
19-21	215	68,3	30,2	100	31,7	20,7	315	26,4
22-24	184	93,4	25,8	13	6,6	2,7	197	16,5
25-27	106	97,2	14,9	3	2,8	0,6	109	9,1
28≥	46	97,9	6,5	1	2,1	0,2	47	3,9

%*:sadır yüzdesi

%**:kolon yüzdesi

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların bilgi puanları toplandığında %6,2'si (44 kişi) ve %39,1'i (189 kişi) 15 ve altında bilgi puanı, %16,4'ü (117 kişi) ve %36,6'sı (177 kişi) 16-18 bilgi puanı, %30,2'si (215 kişi) ve %20,7'si (100 kişi) 19-21 bilgi puanı, %25,8'i (184 kişi) ve %2,7'si (13 kişi) 22-24 bilgi puanı, %14,9'u (106 kişi) ve %0,6'sı (3 kişi) 25-27 bilgi puanı, %6,5'i (46 kişi) ve %0,2'si (1 kişi) ise 28 ve üzerinde bilgi puanı almıştır.

Tablo 23'te Araştırma grubunun toplam tutum puanı durumu görülmektedir.

Tablo 23. Araştırma Grubunun İllere Göre Toplam Tutum Puanı Durumu, 2010

Tutum Puanı Grupları	İller							
	Ankara (n=712)			Kırıkkale (n=483)			Genel Toplam (n=1195)	
	n	%*	%**	n	%*	%**	n	%**
≤5	94	37,5	13,2	157	62,5	32,5	251	21,0
6-8	85	33,1	11,9	172	66,9	35,6	257	21,5
9-11	167	60,9	23,5	107	39,1	22,2	274	22,9
12-14	236	84,9	33,1	42	15,1	8,7	278	23,3
15≥	130	96,3	18,3	5	3,7	1,0	135	11,3

%*:sattır yüzdesi

%**:kolon yüzdesi

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların tutum puanları toplandığında %13,2'si (94 kişi) ve %32,5'i (157 kişi) 5 ve altında tutum puanı, %11,9'u (85 kişi) ve %35,6'sı (172 kişi) 6-8 tutum puanı, %23,5'i (167 kişi) ve %22,2'si (107 kişi) 9-11 tutum puanı, %33,1'i (236 kişi) ve %8,7'si (42 kişi) 12-14 tutum puanı, %18,3'ü (130 kişi) ve %1,0'ı (5 kişi) ise 15 ve üzerinde tutum puanı almıştır.

Tablo 24'te Araştırma grubunun bilgi puanı ortalaması durumu görülmektedir.

Tablo 24. Araştırma Grubunun İllere Göre Bilgi Puanı Ortalaması Durumu, 2010

Bilgi Puanı Ortalaması	İller				Genel Toplam	
	Ankara (n=712)		Kırıkkale (n=483)		(n=1195)	
	n	%**	n	%**	n	%**
≤19,45±SD	227	31,9	408	84,5	635	53,1
19,46≥±SD	485	68,1	75	15,5	560	46,9
				yates x ² = 317,52	p=0,0001	

%**:kolon yüzdesi

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların bilgi puan ortalaması alındığında, %31,9'unun (227 kişi) ve %84,5'inin (408 kişi) 19,45 ve altında, %68,1'inin (485 kişi) ve %15,5'inin (75 kişi) 19,46 ve üzerinde olduğu görülmektedir.

Tablo 25'te Araştırma grubunun tutum puanı ortalaması durumu görülmektedir.

Tablo 25. Araştırma Grubunun İllere Göre Tutum Puanı Ortalaması Durumu, 2010

Tutum Puanı Ortalaması	İller				Genel Toplam	
	Ankara (n=712)		Kırıkkale (n=483)		(n=1195)	
	n	%**	n	%**	n	%**
≤9,37±SD	213	29,9	360	74,5	573	47,9
≥ 9,38±SD	499	70,1	123	25,5	622	52,1
				yates x ² = 227,77	p=0,0001	

%**:kolon yüzdesi

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların tutum puan ortalaması alındığında, %29,9'unun (213 kişi) ve %74,5'inin (360 kişi) 9,37 ve altında, %70,1'inin (499 kişi) ve %25,5'inin (123 kişi) 9,38 ve üzerinde olduğu görülmektedir.

Tablo 26'da Araştırma grubunun illere göre bilgi ve tutum puanları dağılımı görülmektedir.

Tablo 26. Araştırma Grubunun İllere Göre Bilgi ve Tutum Puanları Dağılımı

	Bilgi Puanı	Tutum Puanı
	X±SD	X±SD
	Ortanca (min-maks)	Ortanca (min-maks)
Ankara	21,41±3,86 21,00 (10,0-32,0)	10,91±3,86 12,00 (0,0-17,0)
Kırıkkale	16,57±2,87 17 (7,0-31,0)	7,12±3,21 7,0 (0,0-16,0)
	p*=0,001	p*=0,001

* Mann-Whitney U testi

Araştırmaya katılanların bilgi puanı dağılımı Ankara ilinde 21,41±3,86 ve Kırıkkale ilinde 16,57±2,87 olduğu, tutum puanı dağılımı Ankara ilinde 10,91±3,86 ve Kırıkkale ilinde 7,12±3,21 olduğu görülmektedir.

Tablo 27'de Araştırma grubunun bilgi ve tutum puanları ile ilişkili faktörler görülmektedir.

Tablo 27. Araştırma Grubunun Bilgi ve Tutum Puanları İle İlişkili Faktörler

	Bilgi Puanı	Tutum Puanı
	Median (min-maks)	Median (min-maks)
Yaş grupları*		
18-24	20,0 (11,0-31,0)	11,0 (1,0-17,0)
25-34	20,0 (11,0-31,0)	10,0 (0,0-16,0)
35-44	19,0 (10,0-30,0)	10,0 (1,0-16,0)
45-54	19,0 (10,0-30,0)	10,0 (1,0-16,0)
55-64	19,0 (7,0-32,0)	9,0 (0,0-16,0)
65 ≥	19,0 (9,0-32,0)	9,0 (0,0-17,0)
	p=0,067	p=0,089
Cinsiyet**		
Kadın	19,0 (10,0-32,0)	10,0 (0,0-17,0)
Erkek	19,0 (7,0-31,0)	10,0 (0,0-17,0)
	p=0,950	p=0,069
Öğrenim durumu*		
OYD - OY - İlkokul	18,0 (10,0-32,0)	8,0 (0,0-17,0)
Ortaokul - Lise M.	20,0 (10,0-29,0)	10,0 (1,0-17,0)
Üniversite ≥	20,0 (12,0-28,0)	9,0 (0,0-16,0)
	p=0,106	p=0,237
Meslek grupları**		
Tarım ve hayvancılıkla ilgili meslekler	21,0 (9,0-32,0)	11,0 (0,0-17,0)
Diğer meslekler	18,0 (7,0-32,0)	9,0 (0,0-17,0)
	p=0,001	p=0,001
Eş meslek grupları**		
Tarım ve hayvancılıkla ilgili meslekler	21,0 (10,0-31,0)	11,50 (0,0-17,0)
Diğer meslekler	19,0 (7,0-32,0)	9,0 (0,0-17,0)
	p=0,001	p=0,001

KKKA Eğitimi alma durumu**		
Almadı	16,0 (7,0-32,0)	7,0 (0,0-16,0)
Aldı	20,0 (9,0-32,0)	10,0 (0,0-17,0)
	p=0,001	p=0,001
İller**		
Ankara	21,0 (10,0-32,0)	12,0 (0,0-17,0)
Kırıkkale	17,0 (7,0-31,0)	7,0 (0,0-16,0)
	p=0,001	p=0,001

* Kruskal Wallis varyans analizi
**Mann Whitney U testi

Araştırma grubunun bilgi ve tutum puanları incelendiğinde 18-24 yaş grubunun, diğer yaş gruplarından daha yüksek bilgi puanı (20,0) ve tutum puanı (11,0) aldığı, cinsiyetler arasında bilgi ve tutum puanı farkı olmadığı, ortaokul ve lise mezunlarının daha yüksek bilgi puanı (20,0) ve tutum puanı (10,0) aldığı, tarım ile ilgili meslekleri olanların (tarım, tarım ve hayvancılık, çobanlık ve sadece süt sağımı) diğer meslek sahiplerinden daha yüksek bilgi puanı (21,0) ve tutum puanı (11,0) aldığı, eşinin mesleği tarım ile ilgili olanların daha yüksek bilgi puanı (21,0) ve tutum puanı (11,50) aldığı, daha önce KKKA eğitimi almış olanların daha yüksek bilgi puanı (20,0) ve tutum puanı (10,0) aldığı, Ankara ilinde yaşayanların daha yüksek bilgi puanı (21,0) tutum puanı (12,0) aldığı görülmektedir.

KKKA hastalığı ve korunma bilgisine etki edebileceği düşünülen faktörlerin etkili olup olmadığını görmek amacı ile logistik regresyon analizi yapılmış olup etki eden faktörler Tablo 28'de görülmektedir.

Tablo 28. Bilgi Durumunu Etkileyen Faktörlerin Logistik Regresyon Analizi

Etkili Faktörler (Variable)	Beta	P-değeri	OR	%95 GA (CI)
Öğrenim durumu				
OYD - OY - İlkokul	-	0,008	-	-
Ortaokul - Lise M.	0,48	0,004	1,62	1,16 – 2,26
Üniversite ≥	0,55	0,066	1,74	0,96 – 3,15
Meslek grubu (tarım hayvancılık/diğer)	0,40	0,011	1,50	1,09 – 2,05
KKKA eğitimi (aldı/almadı)	1,07	0,000	2,92	1,90 – 4,48
İl grup (Ankara/Kırıkkale)	2,12	0,000	8,33	5,93 – 11,71
Sabit (Constant)	-2,703	0.000	0,067	

Bilgi durumuna etkili faktörlerin lojistik regresyonla analizi sonucu; öğrenim durumunun, meslek grubunun (tarım ile ilişkili meslekler), daha önce KKKA hastalığı hakkında eğitim almış olmanın ve yaşadıkları ilin (eğitim alma durumu kadar KKKA hastalığının da daha çok görülmesi nedeniyle) bilgiye etkili olduğu gösterilmiştir. Ortaokul - lise mezunu olma 1,6 kat (%95 GA: 1,16 – 2,26), üniversitemezunu olma 1,7 kat (%95 GA: 0,96 – 3,15), meslek grubu 1,5 kat (%95 GA: 1,09 – 2,05), daha önce KKKA hastalığı hakkında eğitim almış olma 2,9 kat (%95 GA: 1,90 – 4,48), yaşadıkları il ise 8,3 kat (%95 GA: 5,93 – 11,71) bilgiyi artırmaktadır.

KKKA hastalığından korunma tutumuna etki edebileceği düşünülen faktörlerin etkili olup olmadığını görmek amacı ile logistik

regresyon analizi yapılmış olup etki eden faktörler Tablo 29'da görülmektedir.

Tablo 29. Tutum Durumunu Etkileyen Faktörlerin Logistik Regresyon Analizi

Etkili Faktörler (Variable)	Beta	P-değeri	OR	%95 GA (CI)
Yaş grubu				
18-24	-	0,054	-	-
25-34	-0,97	0,012	0,37	0,17 – 0,81
35-44	-0,94	0,012	0,38	0,18 – 0,81
45-54	-1,05	0,006	0,34	0,16 – 0,73
55-64	-1,02	0,008	0,36	0,16 – 0,76
65 ≥	-1,28	0,001	0,27	0,12 – 0,60
KKKA eğitimi (aldı/almadı)	0,59	0,002	1,81	1,24 – 2,64
İl grup (Ankara/Kırıkkale)	1,79	0,000	6,01	4,49 – 8,05
Sabit (Constant)	-0,500	0,183	0,607	

Tutum durumuna etkili faktörlerin lojistik regresyonla analizi sonucu; daha önce KKKA hastalığı hakkında eğitim almış olmanın ve yaşadıkları ilin tutuma etkili olduğu gösterilmiştir. Daha önce KKKA hastalığı hakkında eğitim almış olma 1,8 kat (%95 GA: 1,24 – 2,64), yaşadıkları il ise 6 kat (%95 GA: 4,49 – 8,05) tutumu artırmaktadır. Yaşın tutumu etkilemediği tespit edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Ülkemizde görülen önemli zoonozlardan olan Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) hastalığı, enfekte keneler ile insanlara bulaşan *Nairovirüslerin* neden olduğu ateş, halsizlik, baş ağrısı, kas ağrısı, bulantı-kusma, ishal, şiddetli olgularda kanama ve şok ile seyreden akut ve ciddi seyirli bir viral hastalıktır. Son yıllarda tedavide görülen gelişmelere rağmen %3-30 (ülkemizde % 4,5) oranında ölümle sonuçlanabilmektedir⁴, bu nedenle önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir.

KKKA hastalığından korunma, erken başvuru ve erken teşhis hastalığın morbiditesi ve mortalitesini azaltmada çok yararlıdır. Bu hastalıktan korunmada riskli durumlardan kaçınmak, gerekli tedbirleri almak, erken teşhis ve tedavinin yapılmasını sağlamak için halkın bilgilendirilmesi ve farkındalığın oluşturulması son derece önemlidir.

İç Anadolu bölgesinin kuzeyi, Karadeniz bölgesinin iç kesimleri ve Doğu Anadolu bölgesi KKKA açısından ülkemizin riskli bölgeleridir.

2009 yılından beri vakaların sık görüldüğü Amasya, **Ankara**, Bolu, Çankırı, Çorum, Erzurum, Karabük, Giresun, Gümüşhane, Kastamonu, Ordu, Samsun, Sivas, Tokat ve Yozgat illerinde; vaka görülen tüm köyler, beldeler ve epidemiyolojik açıdan bağlantı taşıyan yerleşim yerleri ve komşu olan yerleşim yerlerine nisan-eylül ayları arasında ayda bir kez “KKKA hastalığından ve kenelerden korunmaya yönelik bilgilendirme” yapmak amacıyla hane halkı ziyaretleri yapılmaktadır.

Bu çalışma 2008 ve 2009 yıllarında KKKA vakalarının görülmesi nedeniyle, 2009 yılından beri hane halkı eğitimleri yapılan Ankara'nın ilçe, belde ve köyleri ile nadir olarak vaka görülmesi nedeniyle hane halkı eğitimleri yapılmayan Kırıkkale'nin ilçe, belde ve köylerinde yapılmıştır.

Çalışmaya katılan kişilerin bazı sosyodemografik özelliklerinin yanı sıra KKKA hastalığı ve kenelerden korunma konusunda bilgi ve tutum durumu ile ilgili sorular sorulmuş ve yapılan eğitimlerin bilgi ve tutuma etkisi değerlendirilmiştir.

Araştırma grubundan Ankara'da 651 kişi, Kırıkkale'de 294 kişi KKKA hastalığı hakkında herhangi bir bilgi kaynağından bilgi aldığını belirtmiştir.

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların %80,2'si (522 kişi) ve %5,4'ü (30 kişi) eve gelen sağlık personelinin bilgi aldıklarını, %54,4'ü (387 kişi) ve % 5,6'sı (27 kişi) eve gelen sağlık personeli ile bizzat kendilerinin görüştüğünü, %15,9'u (103 kişi) ve %80,9'u (238 kişi) televizyon ve gazeteden bilgi aldıklarını, %8,6'sı (61 kişi) ve %39,1'i (189 kişi) KKKA hastalığı konusunda bilgi almadıklarını belirtmişlerdir.

Kırıkkale ve Ankara illerinde bilgi alınan kaynaklara göre de istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p<0,05$). Bu fark Ankara ilindekilerin sağlık personeli tarafından gerçekleştirilen hane halkı eğitimleri ile bilgi almasından, Kırıkkale ilindekilerin de radyo ve televizyondan bilgi almasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca her iki ilde araştırmaya katılanların bilgi almak istedikleri kaynak çoğunlukla sağlık personelidir.

Katılımcıların mesleklerine bakıldığında Ankara'dakilerin %52,8'inin, Kırıkkale'dekilerin ise %15,7'sinin tarım ve hayvancılıkla ilgili meslekler olduğu görülmüştür. Katılımcıların eşlerinin mesleklerine bakıldığında da aynı durum söz konusudur. Ankara'dakilerin eşlerinin %40,9'unun, Kırıkkale'dekilerin eşlerinin ise %8,3'ünün tarım ve hayvancılıkla ilgili meslekler olduğu görülmüştür. Ankara'da araştırmanın daha çok köylerde yapılması nedeniyle bu farkın olduğu düşünülmüştür.

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların %83,8'i (597 kişi) ve %37,7'si (182 kişi) KKKA hastalığı konusunda bilgisini yeterli veya kısmen yeterli bulmakta, %16,2'si (115 kişi) ve %62,3'ü (301 kişi) ise KKKA hastalığı konusunda bilgisini yetersiz bulmakta veya fikri bulunmamaktadır.

Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde KKKA hastalığı konusunda bilgisini yeterli ve kısmen yeterli bulan katılımcıların %53,9'u (322 kişi) ve %14,8'i (27 kişi) tarım ve hayvancılıkla ilgili mesleklerde çalışmaktadırlar, KKKA hastalığı konusunda bilgisini yetersiz bulan ve fikri olmayan katılımcıların ise %47,0'ı (115 kişi) ve %16,3'ü (49 kişi) ise tarım ve hayvancılıkla ilgili mesleklerde çalışmaktadırlar, KKKA hastalığının tarım ve hayvancılıkla ilgili meslekleri olanlarda daha çok görüldüğü literatürde mevcuttur.

Bakır ve arkadaşlarının Türkiye'de 2001-2003 yılları arasında görülen KKKA vakalarını değerlendirdikleri çalışmada⁶¹, hastaların %90'ının (83 kişi) mesleği çiftçilikti.

Sağlık Bakanlığınca 2010 vakaları değerlendirmesinde, KKKA vakalarının mesleklerinin %62,1'inin (307 kişi) çiftçilik, hayvancılık, çiftçilik ve hayvancılık olduğu tespit edilmiştir.

Yılmaz ve arkadaşlarının Türkiye'de 2002-2007 yılları arasında görülen 1670 KKKA vakası ile yaptıkları çalışmada⁶², %69,4'ünün (1159 kişi) kırsal alanda, %20,9'unun (349 kişi) kasabada ve %9,7'sinin (162 kişi) şehir merkezinde yaşadığını bildirmişlerdir. Vakaların %34,1'i (569 kişi) tarım, %6,6'sı (111 kişi) hayvancılık işiyle meşgul olmaktadır, %0,4'ü (6 kişi) sağlık çalışanıydı.

Bulut ve arkadaşlarının Ankara'da sağlık çalışanları ile yaptıkları çalışmada⁶³, sağlık çalışanları "hayvancılıkla uğraşanların, tarımcılık yapanların, endemik bölgedeki sağlık personelinin, askerlerin,

kamp yapanların, izcilerin KKKA için risk altında olduğunu” Eğitim Öncesi %99,2’si (237/239) ve Eğitim Sonrası %99,6’sı (225/226) olduğunu belirtmişlerdir.

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların %96,5’i (687 kişi) ve % 93,6’sı (452 kişi) KKKA hastalığını duyduğunu belirtmiştir.

Arıkan ve arkadaşlarının Eskişehir’de (Alpu ve Kaymaz ilçelerinde) 20 yaş üzerinde 1500 kişi ile yaptıkları çalışmada⁶⁴, araştırmaya katılanların % 54,3’ü (799 kişi) KKKA hastalığını duyduğunu belirtmiştir.

Araştırmamıza katılanların daha yüksek yüzdeyle KKKA hastalığını duyduklarını belirtmelerinin, Ankara ilinin ilçe, belde ve köylerinde vakaların daha sık görülmesi nedeniyle, Kırıkkale ilinde ise çevresindeki illerde vakaların daha sık görülmesi nedeniyle olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların %84,6’sı (602 kişi) ve % 62,1’i (300 kişi) KKKA hastalığında ateş belirtisinin olduğunu, %67,1’i (478 kişi) ve % 26,5’i (128 kişi) halsizlik belirtisinin olduğunu, %53,4’ü (380 kişi) ve % 14,1’i (68 kişi) baş ağrısı belirtisinin olduğunu, %25,1’i (179 kişi) ve %6,0’ı (29 kişi) kanama olduğunu bildiklerini belirtmişlerdir.

Özer ve arkadaşlarının Kahramanmaraş’ta hemşirelik ve ebelik öğrencileri (223 kişi) ile yaptıkları çalışmada⁶⁵, katılımcıların % 93,7’si (209 kişi) KKKA hastalığında ateş belirtisinin olduğunu, % 88,8’i (198 kişi) halsizlik belirtisinin olduğunu, % 65,9’u (147 kişi) baş ağrısı belirtisinin olduğunu, %64,6’sı (144 kişi) cilt altı kanama olduğunu belirtmiştir.

Bulut ve arkadaşlarının çalışmasında⁶³, sağlık çalışanları “KKKA’da ateş, halsizlik, kas ağrısı ve burun kanamasının hastalarda sık görülen yakınmalar olduğunu” eğitim öncesi %98,3’ü (238/242) ve eğitim sonrası %100’ü (226/226) olduğunu belirtmişlerdir.

Araştırmamıza Ankara ilinden katılanların KKKA hastalığının belirtilerini daha yüksek düzeyde bilmelerinin çevrelerinde vakaların görülmesi nedeniyle olduğu, Özer ve arkadaşlarının çalışmasında ise katılımcıların KKKA hastalığının belirtilerini yüksek düzeyde bilmelerinin hemşirelik ve ebelik öğrencisi olmaları nedeniyle olabileceği düşünülmüştür.

Ankara İlinde ve Kırıkkale İlinde katılanların %71,3’ü (508 kişi) ve %57,8’i (279 kişi) KKKA hastalığının tedavi edilebileceğini belirtmişlerdir.

Aksakal ve arkadaşlarının Ankara’da sağlık çalışanları (470 kişi) ile yaptıkları çalışmada⁶⁶, araştırmaya katılanların %65,7’si (309 kişi) KKKA hastalığının tedavisinin olduğunu belirtmişlerdir.

Destek tedavisi, KKKA’nın temel tedavisidir. Araştırmamıza katılanlarda KKKA hastalığının tedavi edilebileceğinin, Aksakal ve arkadaşlarının çalışmasına katılanlardan daha yüksek olması, sağlık çalışanlarının KKKA hastalığının spesifik antiviral tedavisinin etkinliğini kanıtlayan randomize karşılaştırmalı klinik çalışmaların henüz bulunmadığını bilmeleri nedeniyle olabilir.

Katılımcıların %86,9’u (619 kişi) ve %68,9’u (333 kişi) KKKA hastalığının kene tutunması ile, %27,0’ı (192 kişi) ve %7,7’si (37 kişi) kenenin ezilmesi ile, %13,6’sı (97 kişi) ve %2,5’i (12 kişi) hasta hayvanlardan, %10,7’si (76 kişi) ve %0,4’ü (2 kişi) ise hasta insanlardan bulaştığını belirtmişlerdir.

Aksakal ve arkadaşlarının çalışmasında⁶⁶, araştırmaya katılanların %77,1'i (363 kişi) KKKA hastalığının kene ısırması ile, %12,5'i (59 kişi) viremik hayvanların kan ve dokularına temas ile, %10,9'u (168 kişi) KKKA olan hasta ile temas sonucu bulaştığını" belirtmişlerdir.

Özer ve arkadaşlarının çalışmasında⁶⁵, katılımcıların "%93,3'ü (208 kişi) KKKA hastalığının kene tutunması ile, "%75,8'i (169 kişi) hasta hayvanların kanları ile maruziyet sonucu, %53,4'ü (168 kişi) KKKA hastası kişilerle temas ile, %75,3'ü (168 kişi) ise KKKA hastası kişilerin vücut sıvıları ile bulaştığını" belirtmişlerdir.

Özer ve arkadaşlarının çalışmasına katılanların, araştırmamıza katılanlardan daha yüksek olarak KKKA hastalığının hasta kişilerle ve kişilerin vücut sıvıları temas ile bulaştığını belirtmelerinin hemşirelik ve ebelik öğrencisi olmaları nedeniyle olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmaya Ankara ilinden katılanların %77,1'i (556 kişi) köyde, %22,9'u (156 kişi) beldede yaşamaktaydı. Kırıkkale ilinden katılanların ise %27,0'ı (130 kişi) beldede ve %73,0'ı (353 kişi) ilçe merkezinde yaşamaktaydı. Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların %81,5'i (580 kişi) ve %26,9'u (130 kişi) çevrelerinde kene olduğunu bildirmiştir. Ankara ilinden katılanların %81,5'inin çevrelerinde kene olduğunu belirtmesi, kırsal alanda yaşamaları nedeniyle,Kırıkkale ilindekilerin ise %26,9'unun çevrelerinde kene olduğunu belirtmesi,katılanların çoğunluğunun ilçe merkezinde yaşamaları ve Kırıkkale ilinde kene sayısının daha az olabileceği şeklinde düşünülebilir.

Malouin ve arkadaşlarının Baltimore'da müdahale grubu (148 kişi) ve karşılaştırma grubu (169 kişi) olarak yaptıkları çalışmada⁶⁷, katılımcıların %34,4'ü ve %30,8'i kırsal alanda yaşadıklarını, %78,4'ü ve %76,3'ü evlerinin etrafında kene olduğunu belirtmişlerdir.

Ülkemizde kenelerle çoğunlukla KKKA hastalığı, Baltimore'da (ABD) ise Lyme hastalığı bulaşmaktadır. Lyme hastalığı ABD'de, en sık bildirilen kene kaynaklı bir spiroket olan *Borrelia burgdorferi* ile gelişen farklı klinik evreleri olan bir zoonotik hastalıktır. Olgunlaşmamış kene larvaları farelerin kanıyla beslenir. Yetişkin erkek ve dişi kene insandan veya köpekten ve diğer büyük hayvanlardan kan emer. Malouin ve arkadaşlarının çalışmasında, Baltimore'da kırsal alan dışında da kene popülasyonunun daha yüksek olduğu düşünülebilir.

Araştırmamıza katılanların %92,7'si (660 kişi) ve %91,3'ü (441 kişi) kenelerin bahar ve yaz aylarında görüldüğünü, %92,8'i (666 kişi) ve %76,8'i (364 kişi) kenelerin yürüyerek tırmandığını bildirmiştir.

Bulut ve arkadaşlarının çalışmasında⁶³, sağlık çalışanları "KKKA'nın özellikle yaz aylarında sık görülen bir hastalık olduğunu" Eğitim Öncesi %94,2'si (227/241) ve Eğitim Sonrası %97,8'i (218/223) olduğunu belirtmişlerdir.

Malouin ve arkadaşlarının çalışmasında⁶⁷, müdahale grubunun birinci ziyarette %73,6'sı ikinci ziyarette %79,9'u, karşılaştırma grubunun ise birinci ziyarette %74,0'ı ikinci ziyarette %69,9'u "kendilerini keneden koruyacakları ayları bildiklerini" belirtmişlerdir.

Yılmaz ve arkadaşlarının⁶² çalışmasında, vakaların %4,6'sının (283 kişi) nisan ayında, %16,9'unun (283 kişi) mayıs ayında, %34,7'sinin (580 kişi) haziran ayında, %32,5'inin (542 kişi) temmuz ayında, %9,1'inin (152 kişi) ağustos ayında meydana gelmiş olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmamıza katılanların daha yüksek yüzdeyle kenelerin bahar ve yaz aylarında görüldüğünü belirtmelerinin, Ankara ilinin belde ve köylerinde, Kırıkkale ilinde ise çevresindeki illerde vakaların daha sık görülmesi nedeniyle farkındalıklarının olduğu düşünülmüştür.

Araştırmamıza katılanların %92,8'i (666 kişi) ve %76,8'i (364 kişi) kenelerin yürüyerek tırmandığını belirtmiştir.İller arasındaki farkın hane halkı eğitimleri nedeniyle olabileceği düşünülmüştür.

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların %45,6'sı (325 kişi) ve %22,8'i (110 kişi) hayvan beslediklerini, %16,4'ü (117 kişi) ve %4,8'i (23 kişi) çevrelerinde bulunan hayvanlar olduğunu belirtmişlerdir.

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların %33,4'ü (238 kişi) ve % 30,2'si (146 kişi) hayvanların kenelere karşı ilaçlanması konusunda bilgi sahibi olmadıklarını, %49,4'ü (352 kişi) ve % 59,8'i (289 kişi) hayvanların kenelere karşı ilaçlanması gerektiğini, ancak %30,9'u (220 kişi) ve % 19,0'ı (92 kişi) hayvanlarını ilaçlattığını, %8,7'si (62 kişi) ve % 3,5 (17 kişi) hayvanlarını ayda bir ilaçlattığını belirtmişlerdir.

Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığının 2011/06 Hayvan Hastalıkları ile Mücadele ve Hayvan Hareketleri Kontrolü Genelgesinde, Mart-Ekim ayları arasında periyodik olarak ilaçlamaların yapılması gerektiğibildirilmiştir. Her yıl kenelerin aktif olduğu dönemde hayvanların meraya çıktığı haftadan başlamak üzere 21 gün ara ile 4 kez periyodik olarak hayvan ilaçlaması yapılması kene mücadelesinde oldukça etkilidir.

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünce;KKKA hastalığının kontrolüne yönelik olarak büyükbaş ve küçükbaş hayvanlara uygulanan kene mücadelesi kapsamında, her yıl ektoparaziter ilaç (%1 flumethrin) satın alınarak Ankara, Artvin, Bolu, Çorum, Çankırı, Erzincan, Erzurum, Giresun, Gümüşhane, Kastamonu ve Tokat illerine gönderilmekte ve Gıda, Tarım ve Hayvancılık İl Müdürlükleri ile koordineli olarak mücadele çalışmaları planlanmakta ve uygulanmaktadır.

Araştırmaya katılanların %32,3'ü (230 kişi) ve % 1,4'ü (7 kişi) hayvanların üzerinde bulunan keneleri eldiven veya poşetle çıkarılabileceğini bildirmişlerdir. Katılımcıların %18,8'i (134 kişi) ve % 0,2'si (1 kişi) hayvanların üzerinde bulunan kenelerin çıkarıldıktan sonra çamaşır suyuna atılabileceğini bildirmişlerdir. Katılımcıların %31,7'si (226 kişi) ve % 1,4'ü (7 kişi) eldiven veya poşetle, %3,8'i (27 kişi) ve % 0,4'ü (2 kişi) ise kağıt veya bezle çıkardıklarını, %7,2'si (51 kişi) ve % 7,5'i (36 kişi) hayvanlarının vücudundan çıkardıkları keneyi yere attıklarını, %0,8'i (6 kişi) ve %2,7'si (13 kişi) elle patlattıklarını, %6,3'ü (45 kişi) ve % 1,4'ü (7 kişi) yaktıklarını, %18,3'ü (130 kişi) ve % 0,4'ü (2 kişi) ise çamaşır suyuna attıklarını belirtmişlerdir. Araştırmaya Ankara'dan katılanların konu ile ilgili eğitim aldıkları ancak yüzdenin düşük olduğu görülmektedir.

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanlar riskli alanlara (tarlaya/otlağa/ormana/pikniğe) giderken %88,8'i (632 kişi) ve %42,7'si (206 kişi) kenelerden korunmak için pantolon paçalarının çorap içine konulması, %65,2'si (464 kişi) ve %12,4 (60 kişi) açık renkli giysiler giyilmesi, %53,1 (378 kişi) ve %38,1 (184 kişi) ise kapalı giysiler giyilmesi gerektiğini bildirmişler ve riskli alanlara giderken %78,9'u (562 kişi) ve % 42,0'ı (203 kişi) kenelerden korunmak için pantolon paçalarını çorap içine koyduklarını, %58,7'si (418 kişi) ve % 10,6'sı (51 kişi) açık renkli giysiler giydiklerini, %49,2'si (350 kişi) ve % 36,9'u (178 kişi) ise kapalı giysiler giydiklerini bildirmişlerdir.

Bulut ve arkadaşlarının çalışmasında⁶³, sağlık çalışanları "kırsal veya ormanlık alanlara gidenlerin kapalı giyinmelerini" Eğitim Öncesi %98,8'i (239/242) ve Eğitim Sonrası %100'ü (225/225) olduğunu belirtmişlerdir.

Aksakal ve arkadaşlarının çalışmasında⁶⁶, araştırmaya katılanların %62,6'sı (291 kişi) kenelerden korunmak için uzun ve kapalı

giysiler giyilmesi, %56,6'sı (267 kişi) ise tehlikeli bölgelerden uzak durulması gerektiğini belirtmişlerdir.

Rahnavardi ve arkadaşlarının İran'da 191 sağlık çalışanına yaptıkları anketin sonucunda⁶⁸, sağlık çalışanlarının %63,9'u "kene ısırmasından korunmanın hastalığın bulaşının önlenmesinde rolü olmadığını" belirtmişlerdir. Sağlık personelinde KKKA ile ilgili doğru bilginin az olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya Ankara'dan katılanların, Kırıkkale'den katılanlardan ve literatürde bulunan diğer çalışmalardan daha yüksek düzeyde bilgi ve tutum sahibi olmaları hane halkı eğitiminin bilgi ve tutuma katkısı olarak düşünülmüştür.

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların %55,6'sı (393 kişi) ve %52,4'ü (253 kişi) riskli alan dönüşü giysilerde kene kontrolü yapılması gerektiğini, %69,9'u (498 kişi) ve %43,9'u (212 kişi) ise vücutta kene kontrolü yapılması gerektiğini belirtmişlerdir.

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların %66,9'u (634 kişi) ve % 33,1'i (313 kişi) riskli alan dönüşü giysilerinde, %69,1'i (569 kişi) ve %30,9'u (254 kişi) kol ve koltuk altında, %77,8'i (473 kişi) ve %22,2'si (35 kişi) kasıklarında, %74,8'i (335 kişi) ve %25,2'si (113 kişi) diz arkasında, %78,3'ü (405 kişi) ve % 21,7'si (112 kişi) kulak arkasında, %73,5'i (350 kişi) ve %26,5'i (126 kişi) saç derisinde kene kontrolü yaptıklarını bildirmişlerdir.

Araştırmaya Ankara'dan katılanların, Kırıkkale'den katılanlardan daha yüksek düzeyde bilgi ve tutum sahibi olmaları hane halkı eğitiminin bilgi ve tutuma katkısı olarak düşünülmüştür.

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların %10,8'i (77 kişi) ve %6,6'sı (32 kişi) riskli alan dönüşü kene kontrolü

yapmaları sonucunda kendi vücuduna tutunmuş kene bulunduğunu, %4,4'ü (31 kişi) ve %8,1'i (39 kişi) eşinin vücuduna kene tutunduğunu, %3,9'u (28 kişi) ve %4,1'i (20 kişi) çocuklarının vücuduna kene tutunduğunu, %2,9'u (21 kişi) ve %0,2'si (1 kişi) aile büyüklerinin vücuduna kene tutunduğunu, %88,8'i (632 kişi) ve %87,6'sı (423 kişi) ise aileden birinin vücuduna tutunmuş kene olup olmadığını bilmediğini belirtmiştir.

Yılmaz ve arkadaşlarının çalışmasında⁶², %68,9'una (1150 kişi) kene tutunduğu veya kene ile temasının olduğu, %61,7'sinin (1031 kişi) hayvanlarla temasının olduğu, %9,9'unun (165 kişi) hayvanların kanı ve vücut sıvılarıyla temasının olduğu bildirilmiştir.

Eren ve arkadaşlarının 687 hasta ile yaptıkları çalışmada⁶⁹, hastaların %48,0'ı (330 kişi) kene tutunması olduğunu bildirmiştir.

Riskli alanlara (tarlaya/otlağa/ormana/pikniğe) giderken pantolon paçalarının çorap içine konulması, açık renkli giysiler giyilmesi ve kapalı giysiler giyilmesi kenelerden korunmak için alınacak önlemlerdir, riskli alan dönüşü giysilerde ve vücutta kene kontrolü yapılması, varsa kenenin vücuttan en kısa sürede çıkarılması hastalık riskini azaltmaktadır.

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların %4,6'sı (33 kişi) ve % 12,0'ı (58 kişi) ise vücuda tutunmuş kenenin çıplak elle çıkarılabileceğini, %25,8'i (184 kişi) ve % 9,3'ü (45 kişi) vücuda tutunmuş kenenin cımbızla çıkarılabileceğini, %86,9'u (619 kişi) ve % 81,4'ü (393 kişi) sağlık kurumuna gidileceğini belirtmişlerdir.

Aksakal ve arkadaşlarının çalışmasında⁶⁶, araştırmaya katılanların %87,5'i (218 kişi) vücuda tutunmuş kenenin cımbız/pens ile zorlamadan, %14,8'i (37 kişi) ip yardımı ile, %3,2'si (8 kişi) kene üzerine kimyasal madde dökülerek, %6,5'i (15 kişi) cerrahi müdahale ile çıkarılacağını belirtmişlerdir.

Bulut ve arkadaşlarının çalışmasında⁶³, sağlık çalışanları “vücuda yapışmış olan keneler üzerine keneyi öldürücü bir madde dökülerek öldürölüp, çıkarılmalıdır” yanlış cevabını eğitim öncesi %92,1’i (221/240) ve eğitim sonrası %93,4’ü (211/226) olduğunu işaretlemişlerdir.

Arıkan ve arkadaşlarının çalışmasında⁶⁴, %58,9’u (883 kişi) vücuda tutunmuş kenenin cımbızla çıkarılabileceği, % 70,9’u (1063 kişi) kenenin üzerine sigara basılarak, kolonya veya gaz dökölerek çıkarılabileceği ve % 94,3’ü (1414 kişi) kene çıkarıldıktan sonra sağlık kurumuna gidilmesi gerektiği belirtilmiştir.

Katılımcıların %17,3’ü (123 kişi) ve %6,6’sı (32 kişi) kendi vücutuna tutunmuş kene bulunduğunu, %13,8’i (17 kişi) ve % 56,3’ü (18 kişi) vücuda tutunmuş keneyi çıplak elle çıkardığını, %9,7’si (12 kişi) ve % 0’ı (0 kişi) kağıt veya bezle, %22,1’i (27 kişi) ve % 6,2’si (2 kişi) cımbızla çıkardığını, %52,8’i (65 kişi) ve % 34,4’ü (11 kişi) sağlık kurumuna başvurduğunu belirtmiştir.

Araştırmamıza katılanların vücuda tutunmuş kenenin çıkarılması için bilgi ve tutum olarak daha yüksek düzeyde sağlık kurumuna gitmeyi tercih ettikleri görölmektedir. Aksakal ve arkadaşlarının, çalışmalarında araştırmaya katılanların vücuda tutunmuş kenenin cımbız/pens ile zorlamadan çıkarılabileceğini daha yüksek düzeyde bilmeleri katılımcıların sağlık çalışanı olmaları olarak düşünölmüştür.

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların %1,5’i (11 kişi) ve %7,7’si (37 kişi) vücuda tutunmuş kene çıkarıldıktan sonra hiçbir şey yapılmasına gerek olmadığını, %90,3’ü (643 kişi) ve %84,9’u (410 kişi) en kısa zamanda sağlık kuruluşuna başvurulacağını, %26,4’ü (188 kişi) ve %4,3’ü (21 kişi) ise kenenin incelemeye götüröleceğini belirtmişlerdir.

Aksakal ve arkadaşlarının çalışmasında⁶⁶, araştırmaya katılanların %11,9'u vücuda tutunmuş kene çıkarıldıktan sonra kişiyi izlemeye gerek olmadığını, %88,1'i vücuda tutunmuş kene çıkarıldıktan sonra kişiyi izlemek gerektiğini, %78,5'i çıkarılan keneye bir işlem yapılması, %13,9'u öldürülmesi, %55,8'i Hıfzıssıhha Merkezine gönderilmesi, %31,7'si veterinerlik fakültesine gönderilmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Katılımcıların %9,6'sı (68 kişi) ve %21,7'si (105 kişi) kene tutunmasından hemen sonra, %65,6'sı (467 kişi) ve %37,1'i (179 kişi) on gün içinde KKKA hastalığı bulgularının görülebileceğini, %23,0'ı (164 kişi) ve %36,4'ü (176 kişi) ise bilmediklerini belirtmişlerdir.

Bulut ve arkadaşlarının çalışmasında⁶³, sağlık çalışanları "KKKA hastalığının kuluçka süresi kene ısırığından sonra 1-10 gün olduğunu" eğitim öncesi %94,9'u (225/237) ve eğitim sonrası %99,1'i (223/225) olduğunu belirtmişlerdir.

Yılmaz ve arkadaşlarının sağlık çalışanları ile yaptıkları çalışmada⁷⁰, inkübasyon süresi ile ilgili sorunun yanıtını hekimlerin %95,7'si hemşirelerin %95,7'si tarafından 1-10 gün olarak belirtilmiştir.

KKKA hastalığının inkübasyon süresini sağlık çalışanlarının araştırmamıza katılanlardan daha yüksek yüzdeyle bilmeleri beklenen bir durumdur.

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların bilgi puanları toplandığında %6,2'si (44 kişi) ve %39,1'i (189 kişi) 15 ve altında bilgi puanı, %16,4'ü (117 kişi) ve %36,6'sı (177 kişi) 16-18 bilgi puanı, %30,2'si (215 kişi) ve %20,7'si (100 kişi) 19-21 bilgi puanı, %25,8'i (184 kişi) ve %2,7'si (13 kişi) 22-24 bilgi puanı, %14,9'u (106 kişi) ve %0,6'sı (3 kişi) 25-27 bilgi puanı, %6,5'i (46 kişi) ve %0,2'si (1 kişi) ise 28 ve üzerinde bilgi puanı almıştır.

Araştırmaya Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde katılanların tutum puanları toplandığında %13,2'si (94 kişi) ve %32,5'i (157 kişi) 5 ve altında tutum puanı, %11,9'u (85 kişi) ve %35,6'sı (172 kişi) 6-8 tutum puanı, %23,5'i (167 kişi) ve %22,2'si (107 kişi) 9-11 tutum puanı, %33,1'i (236 kişi) ve %8,7'si (42 kişi) 12-14 tutum puanı, %18,3'ü (130 kişi) ve %1,0'ı (5 kişi) ise 15 ve üzerinde tutum puanı almıştır.

Araştırma grubunun bilgi ve tutum puanları incelendiğinde 18-24 yaş grubunun, diğer yaş gruplarından daha yüksek bilgi puanı (20,0) ve tutum puanı (11,0) aldığı, cinsiyetler arasında bilgi ve tutum puanı farkı olmadığı, ortaokul ve lise mezunlarının daha yüksek bilgi puanı (20,0) ve tutum puanı (10,0) aldığı, tarım ile ilgili meslekleri olanların (tarım, tarım ve hayvancılık, çobanlık ve sadece süt sağımı) diğer meslek sahiplerinden daha yüksek bilgi puanı (21,0) ve tutum puanı (11,0) aldığı, eşinin mesleği tarım ile ilgili olanların daha yüksek bilgi puanı (21,0) ve tutum puanı (11,50) aldığı, daha önce KKKA eğitimi almış olanların daha yüksek bilgi puanı (20,0) ve tutum puanı (10,0) aldığı, Ankara ilinde yaşayanların daha yüksek bilgi puanı (21,0) tutum puanı (12,0) aldığı görülmektedir.

Bilgi durumuna etkili faktörlerin lojistik regresyonla analizi sonucu; öğrenim durumunun, meslek grubunun (tarım ile ilişkili meslekler), daha önce KKKA hastalığı hakkında eğitim almış olmanın ve yaşadıkları ilin (eğitim alma durumu kadar KKKA hastalığının da daha çok görülmesi nedeniyle) bilgiye etkili olduğu gösterilmiştir.

Tutum durumuna etkili faktörlerin lojistik regresyonla analizi sonucu; daha önce KKKA hastalığı hakkında eğitim almış olmanın ve yaşadıkları ilin tutuma etkili olduğu gösterilmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamız, Ankara ve Kırıkkale'nin 2008 ve 2009 yıllarında Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) Hastalığı görülen ilçe, belde ve köylerinde yapılmış kesitsel tipte bir araştırmadır.

Bu araştırmada; Ankara ve Kırıkkale'nin Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) hastalığı görülen ilçe, belde ve köylerinde yaşayan 18 yaş üzeri nüfusun hastalık ve korunma konusundaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Ankara'nın 2008-2009 yıllarında toplam 65 KKKA vakası görülen ve 2009 yılında "KKKA hastalığından korunmaya yönelik" hane eğitimleri verilen, ilçe, belde ve köylerinde yaşayan 18 yaş üstü nüfusun hastalık ve korunma konusundaki bilgi ve tutumları ile Kırıkkale'nin 2008-2009 yıllarında sadece 3 KKKA vakası görülen ve Bakanlığımızın ilgili yazılarında belirtilen riskli iller kapsamında olmaması nedeniyle, 2009 yılında "KKKA hastalığından korunmaya yönelik" hane eğitimi yapılmamış olan kasaba ve ilçelerinde yaşayan 18 yaş üstü nüfusun hastalık ve korunma konusundaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Çalışma grubunu 712 kişi (%60,6) Ankara ilinden, 483 kişi (%40,4) Kırıkkale ilinden olmak üzere toplam 1195 kişi oluşturmuştur.

Ankara ilinde ve Kırıkkale ilinde çalışmaya katılanların kendilerinin ve eşlerinin mesleklerinin tarım ve hayvancılıkla ilgili olması yönünden, bahçelerinde, hayvanlarında ve tarlalarında kene bulunması yönünden, kendini riskli görme yönünden, hayvan besleme ve çevrelerinde hayvanlar bulunması yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olması; Ankara ilinin bazı ilçe ve köylerinin KKKA hastalığı açısından riskli olduğunu göstermektedir.

Ankara ve Kırıkkale illerinde bilgi alınan kaynaklar yönünden, KKKA hastalığının belirtilerini bilme yönünden, KKKA hastalığının nasıl bulaştığını bilme yönünden, riskli alanlara giderken kenelerden korunmak için yapılanları bilme yönünden, vücutlarında kene kontrolü yapılmasını bilme yönünden, KKKA hastalığının semptomlarını bilme yönünden, riskli alanlara giderken kenelerden korunmak için giysilerine dikkat etme tutumları yönünden, riskli alan dönüşü giysilerinde ve vücudunda kene kontrolü yapma tutumu yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark olmasının Ankara ilinde 2009 yılından beri sağlık personeli tarafından “KKKA hastalığından korunmaya yönelik” hane halkı eğitimlerinin yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Her iki ilin KKKA hastalığını duyması yönünden, kenelerin bahar ve yaz aylarında görüldüğünü bilme yönünden, kenelerin yürüyerek tırmandıklarını bilme yönünden, hayvanların kenelere karşı ilaçlanması bilmeleri konusunda, vücuda tutunmuş kene çıkarıldıktan sonra en kısa zamanda sağlık kuruluşuna başvurulacağını konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmaması televizyon ve gazetelerden bilgi almaları nedeniyle olarak değerlendirilmiştir.

Bilgi durumuna etkili faktörlerin lojistik regresyonla analizi sonucu; öğrenim durumunun, meslek grubunun (tarım ile ilişkili meslekler), daha önce KKKA hastalığı hakkında eğitim almış olmanın ve yaşadıkları ilin (eğitim alma durumu kadar KKKA hastalığının da daha çok görülmesi nedeniyle) bilgiye etkili olduğu gösterilmiştir.

Tutum durumuna etkili faktörlerin lojistik regresyonla analizi sonucu; daha önce KKKA hastalığı hakkında eğitim almış olmanın ve yaşadıkları ilin tutuma etkili olduğu gösterilmiştir.

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda; KKKA hastalığı yönünden riskli illerin vakaların görüldüğü ilçe, belde ve köylerinde; KKKA hastalığı ve korunma önlemleri konusunda sağlık personeli tarafından düzenli hane halkı ziyaretleri yapılarak kişilerin bilgilendirmesinin sürdürölmesi, bilgilendirmenin yanı sıra davranış ölçen çalışmaların yapılması, hane halkı ziyaretlerinde afiş, broşür ve yüz yüze eğitimle birlikte, uygulamada kullanabilmeleri için eldiven, kapalı arazi giysisi, çorap, kene kartı, çamaşır suyu gibi malzemeler dağıtılması, gazete ve televizyonlarda sadece ölüm haberlerinde yer alan KKKA hastalığına ve korunma önlemlerine televizyon dizilerinde yer verilmesi, KKKA hastalığı ve korunma önlemlerini anlatan filmlerin çekilerek aile sağlığı merkezlerinin bekleme salonlarında izletilmesi, eğitim ve izlem programları düzenlerken il ve ilçelerde Gıda, Tarım ve Hayvancılık Müdürlüğü, Milli Eğitim Müdürlüğü ve Müftölükler ile işbirliği yapılması kişilerin doğru bilgi, tutum ve davranışlarının artırılması açısından çok önemlidir.

Bu araştırma KKKA hastalığı yönünden riskli illerde sağlık personeli tarafından gerçekleştirilen “KKKA hastalığından korunmaya yönelik hane halkı eğitimlerinin değerlendirilmesi” konusunda ilk çalışma olması açısından son derece önem taşımaktadır.

7. ÖZET

ANKARA VE KIRIKKALE’NİN KIRIM KONGO KANAMALI ATEŞİ HASTALIĞI GÖRÜLEN İLÇE, BELDE VE KÖYLERİNDE YAŞAYAN 18 YAŞ ÜZERİ NÜFUSUN HASTALIK VE KORUNMA KONUSUNDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu araştırma, Ankara ve Kırıkkale’nin Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) hastalığı görülen ilçe, belde ve köylerinde yaşayan 18 yaş üzeri nüfusun hastalık ve korunma konusundaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır.

Araştırmamız, kesitsel tipte bir araştırmadır. Ankara ve Kırıkkale’nin KKKA vakası görülen ilçe ve köylerinde sağlık personeli tarafından yüzyüze yöntemiyle toplam 1250 hanede 40 soruluk bir anket uygulanmıştır.

Bilgi durumuna etkili faktörlerin lojistik regresyonla analizi sonucu; öğrenim durumunun, meslek grubunun (tarım ile ilişkili meslekler), daha önce KKKA hastalığı hakkında eğitim almış olmanın ve yaşadıkları ilin bilgiye etkili olduğu gösterilmiştir.

Tutum durumuna etkili faktörlerin lojistik regresyonla analizi sonucu; daha önce KKKA hastalığı hakkında eğitim almış olmanın ve yaşadıkları ilin tutuma etkili olduğu gösterilmiştir.

Özellikle kene popülasyonunun yüksek olduğu endemik yerlerde kişilere bilgi, tutum ve davranış kazandırılması ve gerekli önlemlerin alınması konularında, eğitilmiş sağlık personeli tarafından düzenli olarak hane ziyaretlerinin yapılması KKKA hastalığının önlenmesinde etkili olacaktır.

8. SUMMARY

EVALUATION OF KNOWLEDGE AND ATTITUDES ABOUT THE DISEASE AND PROTECTION OF THE PEOPLE OVER 18 YEARS LIVING IN CRIMEAN CONGO HEMORRHAGIC FEVER DISEASES SEEN COUNTIES AND VILLAGES OF ANKARA AND KIRIKKALE PROVINCES

This research has been made for people who are over 18 years old in counties, towns and villages where Crimean Congo Hemorrhagic Fever (CCHF) disease is seen to evaluate the attitude and knowledge about the disease and protection from the disease.

This research is sectional type research. The questionnaire, which has 40 questions, was used at 1250 houses face to face by the help of health personel in CCHF diseases seen counties and villages of Ankara and Kırıkkale provinces.

As a result of the analysis of factors that are effective for the condition of knowledge by logistic regression; it has been shown that education level, type of profession (jobs related with agriculture), previously being educated about the CCHF disease and the city they live were effective for knowledge.

As a result of the analysis of factors that are effective for attitude condition; it has been shown that being previously educated about the CCHF disease and the city they live were effective in attitude.

Especially, for the people in the endemic places which have high tick population; regular visits of the educated health personnel to the houses to improve the level of knowledge, attitude and behaviour about the CCHF disease and taking the necessary precautions will be effective in the prevention of CCHF disease.

9. KAYNAKLAR

1. Tabak R.S.,Sağlık Eğitimi Kitabı, Somgür Yayıncılık, Ankara, 2000;141-150.
2. Akın L., Kulaç E., Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) Halk Sağlığı Uzmanları Derneği Teknik Raporu, 2007.
3. Bodur H., Kırım Kongo Kanamalı Ateşi, Flora Yayınları, 2009;14(1):83-87.
4. Akıncı E. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi: Korunma ve Kontrol, II. Türkiye Zoonotik Hastalıklar Sempozyumu Kitabı, 2008;79-87.
5. Thorwald J., Çeviren: Ergin K., Cerrahların Yüzyılı, Kurtuluş, Ankara Tıp Mecmuası (The Journal of The Faculty of Medicine), Vol. 47: 393-418, 1994.
6. Piyal B., Sağlığı Geliştirme Politika ve Stratejileri Ders Notları, Ankara, 2004.
7. Özvarış, Ş.B., Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme, Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabı, 22;1132-1187, Hacettepe Halk Sağlığı Geliştirme Vakfı, Ankara, 2006.
8. Glanz, K., Rimer, B. K, Lewis, F. M., Health Behaviour and Health Education, Jossey- Boss CO: San Fransisco, 3rd Edition, 2002.
9. Özer C., Şahin E. M., Dağdeviren N., Aktürk Z. Birinci Basamakta Hasta Eğitimi, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2002;11(1).
- 10.Prochaska J. O., Diclemente C. C., Norcross J. C., In Search of How People Change: Applications to Addictive Behaviors. *American Psychologist*, 1992;47(9):1102-1114.
11. Gochman, D. S., Labels Systems and Motives: Some Perspectives on Future Research. *Health Edu. Quarterly*, 1982;9(1):167-174.
12. Türkeri F. Yetişkin Eğitimi, Sağlık Davranış Modelleri ve Sağlığı Geliştirme Kavramları Arasındaki İlişkilerin Tanımlanması, T.C. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Dönem Projesi, Ankara, 2006.

13. Çenesiz E., Atak N., Türkiye’de Sağlık İnanç Modeli ile Yapılmış Araştırmaların Değerlendirilmesi, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007;6(6):427-434.
14. Norman P., Predicting the Uptake of Health of Checks in General Practice: Invitation Methods and Patients Health Beliefs, *Sos. Sci. Med.*, 1993;37 53- 99.
15. Canman D., Türk Kamu Kesiminde Hizmet İçi Eğitim Ölçme ve Değerlendirme, Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Yayınları, No:181, Doğan Basımevi, Ankara, 1979.
16. Taymaz A.H., Hizmet İçi Eğitim (Kavramlar, İlkeler, Yöntemler), Tapu ve Kadastro Vakfı Matbaası, Ankara, 1997.
17. Acuner A., M., Demokrasi Bilinci, Öğrenme, Sağlıklı Yaşam İlişkisi ve Yükseköğretim Gençliği, Sağlık ve Hastane Yönetimi 2. Ulusal Kongresi Bildiriler Kitabı, 2005;390-397.
18. Bülbül S., Yetişkin Eğitimi, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 1991.
19. Güler Ç., Sağlık Eğitimi Kitabı, Hatiboğlu Yayınları, Ankara, 1987.
20. Okçabol R., Halk Eğitimi. (2. Basım), Der Yayınları, İstanbul, 1996.
21. Lowe J., Çeviren: Oğuzkan T., Dünyada Yetişkin Eğitime Toplu Bakış, UNESCO Türkiye Milli Eğitim Komisyonu, Ankara, 1985.
22. Kowalski, T.J., Program Planning, The Organization and Planning of Adult Education, Albany: State University of New York Press, 1988;87-107.
23. Uysal M., Yıldız A., Yetişkin Eğitimi Kuramdan Uygulamaya, Kalkedon Yayınları, İstanbul, 2009.
24. Demirel Ö., Kuramdan Uygulamaya Eğitimde Program Geliştirme, Pegem Yayıncılık, Ankara, 2006.
25. Caffarella R.S., Planning Programs for Adult Learner, Jossey Bass Publisher, San Francisco, 1994.
26. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Mevzuatı, 1930 tarih ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu.

27. Sağlık Bakanlığı Mevzuatı, 1987 tarih ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu.
28. Sağlık Bakanlığı Mevzuatı, 1983 tarih ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığı'nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname.
29. Sağlık Bakanlığı Mevzuatı, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü 06.08.2000 tarih ve 24132 Sayılı Halkın Sağlık Eğitimi Yönetmeliği.
30. Sağlık Bakanlığı Mevzuatı, 25.05.2010 tarih Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği.
31. Sağlık Bakanlığı Mevzuatı, 03.08.2011 tarih 25143 sayılı Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge.
32. Gündüz A., Türedi S., Aydın M., Eroğlu O., Topbaş M., Tick Bite (Kene Isırması), TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2008;(2):173-178.
33. Bozkurt G., Memikoğlu O., Azap A., Balık İ., Kırım Kongo Kanamalı Ateşi: Olgu Sunumu, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 2005;58:193-196.
34. Gammons M., Salam G., Tick Removal, American Family Physician, 2002;4:643-645.
35. Anderson J F., Magnarelli L A., Biology of Ticks, Infectious Disease Clinics of North America, 2008;(22):195–215.
36. Vatansever Z., Keneler, www.klimik.org.tr/KKHA/Keneler, %20 ve %20CCHF.pdf. (Erişim Tarihi: 19.09.2010).
37. Bodur H., Kırım Kongo Kanamalı Ateşi ve DAS Yönetimi, 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi Kitabı 2007:509-520.
38. Korkmaz M., Yıldırım Y., Özçelik H., Fadıloğlu Ç., Güncel Bir Sorun: Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2008;3(9):67-85.
39. Elaldı N., Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Epidemiyolojisi, Klimik Dergisi 2004;17(3):151-156.

40. Elaldı N., Bakır M., Kırım Kongo Kanamalı Ateşi, Klimik XII. Türk Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Kongre Kitabı, 2005:167-171.
41. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Zoonotik Hastalıklar Hizmetiçi Eğitim Modülü, Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) Hastalığı, 2010;1:69-90.
42. ECDC Meeting Report, Consultation on Crimean-Congo Haemorrhagic Fever Prevention and Control, September 2008.
43. Acar A., Kırım Kongo Kanamalı Ateşi, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2006;5(4):287-295.
44. Ali F., Saleem T., Khalid U., Mehmood SF., Jamil B., Crimean-Congo haemorrhagic fever in a dengue-endemic region: lessons for the future, J Infect Dev Ctries 2010;4(7):459-463.
45. Whitehouse CA. Crimean-Congo Haemorrhagic Fever, *Antiviral Res.*, 2004;64:145 – 160.
46. Kartı S., Odabaşı Z., Korten V., Yılmaz M., Sonmez M., et al. Crimean-Congo Haemorrhagic Fever in Turkey, *Emerging Infectious Diseases*, 2004;10:8.
47. Mardani, M., Keshtkar-Jahromi, M. Crimean-Congo Haemorrhagic Fever. *Arch Iran Med*, 2007;10(2 Suppl):204–214.
48. Çevik M.A., Kırım Kongo Kanamalı Ateşi: Klinik Özellikler, *Klimik Dergisi*, 2004;17(2):59-61.
49. Elaldı N., Kırım Kongo Kanamalı Ateşinde Patogenez ve Klinik, II. Türkiye Zoonotik Hastalıklar Sempozyumu Kitabı, 2008:59-65.
50. World Health Organization, Crimean-Congo Haemorrhagic Fever. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs208/en/> (Erişim Tarihi: 21.04.2010).
51. Ashraf S., Ali F., Salahuddin N., Crimean-Congo Haemorrhagic Fever, *Infectious Disease Journal of Pakistan*, 2006;82-83.

52. Raymond A., Smego Jr., Sarwari Arif R. and Siddiqui A.R., Crimean-Congo Hemorrhagic Fever: Prevention and Control Limitations in a Resource-Poor Country, CID 2004;38:1731-1735.
53. Nuhoğlu İ., Aydın M., Türedi S., Gündüz A., Topbaş M., Kene İle Bulaşan Hastalıklar, TAF Preventive Medicine Bulletin, 2008;7(5):461-468.
54. Kara A., Kene Çıkartılması, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2008;51:117-122.
55. Gündüz A., Türedi S., Aydın M., Eroğlu O., Topbaş M., Tick Bite (Kene Isırması), TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2008;(2):173-178.
56. Vatansever Z., Keneler, www.klimik.org.tr/KKHA/Keneler, %20 ve %20CCHF.pdf. (Erişim Tarihi: 19.09.2010).
57. Vatansever Z., Aktaş M., Gargılı A., Aydın L., Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) Hastalığının Vektörü Keneler: Biyoloji, Hastalık Nakli, Mücadele ve Korunma Yolları, 2009.
58. Gammons M., Salam G., Tick Removal, American Family Physician, 2002;4:643-645.
59. Anderson J F., Magnarelli L A., Biology of Ticks, Infectious Disease Clinics of North America, 2008;(22):195–215.
60. Uğurlu M., Uzun R., Soydal T., Kırım Kongo Kanamalı Ateşinde Vaka Yönetimi ve İzolasyon Önlemleri, Klimik Dergisi, 2004;17(2):65-67.
61. Bakır M., Uğurlu M., Dokuzoğuz B., Bodur H., Taşyaran M., Vahapoğlu H. and the Turkish CCHF Study, Crimean-Congo Haemorrhagic Fever Outbreak in Middle Anatolia: a Multicentre Study of Clinical Features and Outcome Measures, J. of Medical Microbiol., 2005;54:385–389.
62. Yılmaz G. R., Buzgan T., Irmak H., Safran A., Uzun R., Çevik M. A., Torunoğlu M. A., The epidemiology of Crimean-Congo Haemorrhagic Fever in Turkey, 2002-2007, International J. of Infectious Diseases, 2009;13:380-386.

63. Bulut C., Yetkin A., Ataman Ç., Yılmaz Ş., Yazkan Ş., Demiröz P., Hastane Personelinin Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Konusundaki Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi, *Klimik Dergisi*, 2009;22(1):14-7.
64. Arıkan İ., Kaşifoğlu N., Metintaş S., Kalyoncu C., Knowledge, Beliefs, and Practices Regarding Tick Bites in The Turkish Population in a Rural Area of The Middle Anatolian Region, *Trop. Anim. Health Prod.*, 2010;42:669-675.
65. Özer A., Miraloğlu M., Ekerbiçer H Ç., Çevik F., Aloğlu N., Knowledge Levels About Crimean-Congo Haemorrhagic Fever Among Midwifery and Nursing Students in Kahramanmaraş, Turkey, *Southeast A. J Trop. Med. Pub. Health*, 2010;41(1):77-84.
66. Aksakal F.N., Civil E.F., Aygün R., Özkan S., İlhan M.N., Bir Üniversite Hastanesinde Görev Yapan Hekim ve Hemşirelerin Kan ve Vücut Sıvılarıyla Bulaşan Hastalıklardan Korunma ve Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) Hastalığına İlişkin Bilgi ve Tutumları, 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2010.
67. Malouin R., Winch P., Leontsini E., Glass G., Simon D., et al. Longitudinal Evaluation of an Educational Intervention for Preventing Tick Bites in an Area with Endemic Lyme Disease in Baltimore, Maryland, *Am. J. Epidemiol.*, 2003;157:1039–1051.
68. Rahnavardi M., Rajaeinejad M., Pourmalek F., Mardani M., Holakouie-Naieni K., Dowlatshahi S., Knowledge and Attitude Toward Crimean-Congo Haemorrhagic Fever in Occupationally at Risk Iranian Healthcare Workers, *J. Hosp Infect.* 2008; 69(1): 77-85.
69. Eren Ş.H., Korkmaz İ., Güven Kukul F.M., Aktaş C., Ay D., Diagnostic Criteria in Crimean Congo Haemorrhagic Fever Disease and Cost Analysis, *Afr. J. Microbiol. Res.*, 2010;4(8):646-649.
70. Yılmaz G.R., Buzgan T., Çevik M.A., Safran A., Torunoğlu M.A., Kulaç E., Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi Hastalığı Konusunda Sağlık Personelinin Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi, *Flora Yayınları*, 2009;14(1):27-35.

10. EKLER

EK 1: ANKET

İlçe adı:

Anketi uygulayanın adı:

Köy adı:

Kaçıncı ziyaret:

Tarih:

KIRIM KONGO KANAMALI ATEŞİ HASTALIĞI VE KENELERDEN KORUNMAYA YÖNELİK BİLGİ VE TUTUM DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ ANKETİ

Sayın sağlık personeli,

Bu anket formu “Ankara ve Kırıkkale’nin Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Hastalığı Görülen İlçe ve Köylerinde Yaşayan 18 Yaş Üstü Nüfusun Hastalık ve Korunma Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi”ne yönelik veri toplamak için geliştirilmiştir. Lütfen anketi doldururken **kişilere yüz yüze okuyarak sorunuz** ve seçeneğin başına (**X**) işareti koyunuz. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

TANIMLAYICI ÖZELLİKLER

1. Doğum tarihiniz (yıl olarak):

2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

3. Öğrenim durumunuz:

() Okur yazar değil

() Okur yazar

() İlkokul mezunu

() Ortaokul mezunu

() Lise mezunu

() Yüksekokul/üniversite mezunu

4. Mesleğiniz:

() Tarım () Tarım ve hayvancılık

() Çobanlık

() Sadece hayvan sağımı

() Diğer açıklayınız

5. Eşinizin mesleği:

() Tarım () Tarım ve hayvancılık

() Çobanlık

() Sadece hayvan sağımı

() Diğer açıklayınız

6. Siz de dahil olmak üzere evde kaç kişisiniz?

7. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Hastalığı ve Kenelerden korunma konusunda bilgi aldınız mı? Aldıysanız nereden?

- ☐ Almadım ☐ Televizyon ve Gazeteden ☐ Komşulardan
☐ Evimize gelen sağlık personelinin ☐ Broşür, afiş ☐ Diğer açıklayınız
(.....)

8. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Hastalığı ve Kenelerden korunma konusunda eğitim vermek için evinize gelen sağlık personeli ile siz mi görüştünüz?

- ☐ Evimize kimse gelmedi ☐ Evet ben gördüm ☐ Ev halkından biri
gördü

9. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Hastalığı hakkında bilginizi yeterli buluyor musunuz?

- ☐ Evet yeterli ☐ Evet kısmen yeterli ☐ Hayır yetersiz ☐ Fikrim yok

10. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Hastalığı hakkında bilgiyi nereden almak istersiniz?

- ☐ Televizyon ve Gazete ☐ Komşulardan, arkadaşımın
☐ Sağlık personelinin ☐ Diğer açıklayınız (.....)

11. Kendinizin bu hastalığa yakalanma olasılığını yüksek buluyor musunuz?

- ☐ Hayır. Çünkü.....
☐ Evet. Çünkü.....
☐ Bilmiyorum

BİLGİ DURUMU

12. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Hastalığını daha önce duydunuz mu?

- ☐ Evet ☐ Hayır

13. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Hastalığının belirtilerini biliyor musunuz?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz. Maddeleri siz okumayınız. Kişilerin söylediklerini işaretleyiniz)

- ☐ Ateş ☐ Halsizlik ☐ Kas ağrısı ☐ Baş ağrısı ☐ Bulantı- kusma
☐ İshal ☐ Kanama ☐ Diğer açıklayınız (.....) ☐ Ölüm

14. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Hastalığının tedavisi var mıdır?

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

15. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Hastalığını nasıl bulaşır?

- ☐ Bilmiyorum ☐ Kene tutunmasıyla ☐ Keneyi ezerek ☐ Hasta hayvanlardan
☐ Hasta insanlardan ☐ Diğer açıklayınız (.....)

16. Köyünüzde/Mahallenizde Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Hastalığına yakalanan var mı? ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

17. Köyünüzde/ Mahallenizde Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Hastalığından ölen var mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

18. Bulunduğunuz çevrede kene var mı?

Varsa nerede? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- ☐ Hayır yok ☐ Evde var ☐ Bahçede var ☐ Hayvanlarda var ☐ Tarlada
var ☐ Diğer

19. Keneler **en çok** hangi aylarda görülür?.....

20. Keneler vücuda tutunmak için nasıl hareket eder?

() Bilmiyorum () Yürüyerek tırmanır () Uçar () Zıplar () Diğer açıklayınız (.....)

21. Vücudunuza tutunmuş kene görünce ne yapılmalıdır?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz. Maddeleri siz okumayınız. Kişilerin söylediklerini işaretleyiniz)

() Hiçbir şey yapılmaz () Kendiliğinden düşmesi beklenir () Çıplak elle çıkarılır
() Cımbızla çıkarılır () Kağıt veya bezle çıkarılır () İplikle çıkarılır
() Eldivenle çıkarılır () Sağlık ocağına gidilir

22. Bu hastalıktan korunmak için hayvanlara ne yapılır?

() Bilmiyorum () Bir şey yapılmaz
() İlaçlatılır (**hangi hayvanlar**.....)

23. Hayvanların vücudunda bulunan keneler çıkarılmalı mı?

() Bilmiyorum () Hayır çıkarılmamalı
() Evet (Evet ise **nasıl çıkarılır**.....ve **kene ne yapılır**.....)

24. Tarlaya/otlağa/ormana/pikniğe giderken kenelerden korunmak için ne

yapılmalıdır?**(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz. Maddeleri siz okumayınız. Kişilerin söylediklerini işaretleyiniz.**)

() Hiçbir şeye gerek yok () Pantolon paçaları çorabın içine konur
() Açık renkli giyinilir () Kapalı giysiler giyinilir () Diğer açıklayınız (.....)

25. Tarla/otlak/orman/piknik dönüşü kene kontrolü yapılmalı mıdır?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz. Maddeleri siz okumayınız. Kişilerin söylediklerini işaretleyiniz.)

() Hayır () Evet giysilerde kene var mı kontrol edilir
() Evet vücutta kene var mı kontrol edilir (Evet ise **hangi vücut bölgeleri** yazınız.....)
() Diğer açıklayınız (.....)

26. Kene çıkarıldıktan sonra sağlığımız için ne yapılmalıdır?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz. Maddeleri siz okumayınız. Kişilerin söylediklerini işaretleyiniz.)

() Hiçbir şey yapılmasına gerek yok () En kısa zamanda sağlık kuruluşuna başvurulur
() Kene incelemeye götürülür () Bilmiyorum

27. Kene çıkarıldıktan sonra **hangi şikayetler** olduğunda sağlık kurumuna başvurulmalıdır?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz. Maddeleri siz okumayınız. Kişilerin söylediklerini işaretleyiniz)

() Ateş () Halsizlik () Kas ağrısı () Baş ağrısı () Bulantı- kusma () İshal
() Diğer açıklayınız (.....)

28. Kene çıkarıldıktan sonra şikayetler kaç gün içinde görülür?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz. Maddeleri siz okumayınız. Kişilerin söylediklerini işaretleyiniz)

☐ Hiçbir şey olmaz ☐ Hemen ☐ On gün içinde ☐ Bir ay içinde ☐ Bilmiyorum

TUTUM DURUMU

29. Gün içinde hayvanlarla meşgul oluyor musunuz?

☐ Hayır hiç meşgul olmuyorum ☐ Evet hayvan besliyorum/bakıyorum
☐ Evet çevremizde var, meşgul olurum

30. Gün içinde **hangi** hayvanlarla meşgul oluyorsunuz?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

☐ Küçükbaş hayvan ☐ Büyükbaş hayvan ☐ Kümes hayvanı ☐ Köpek
☐ Diğer açıklayınız (.....)

31. Keneye karşı hayvanlarınızı ilaçlatıyor musunuz?

☐ Hayır, ilaçlatmıyorum ☐ Evet, ilaçlatıyorum (Evet ise **hangi sıklıkta**)

32. Hayvanların üzerinden hiç kene çıkardınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır (Hayır ise lütfen 35. soruya geçiniz)

33. Hayvanların vücudunda bulunan keneleri nasıl çıkarırsınız?

☐ Çıplak elle çıkarırım ☐ Kağıt veya bezle çıkarırım ☐ Eldiven veya poşetle çıkarırım
☐ Kendiliğinden düşmesini beklerim ☐ Diğer açıklayınız (.....)

34. Hayvanların vücudunda bulunan keneleri çıkardıktan sonra nasıl imha ediyorsunuz?

☐ Yere atıyorum ☐ Elimde patlatıyorum ☐ Yakıyorum ☐ Çamaşır suyuna atıyorum
☐ Diğer açıklayınız (.....)

35. Tarlaya/otlağa/ormana/pikniğe giderken kenelerden korunmak için nasıl giyiniyorsunuz?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

☐ Dikkat etmiyorum ☐ Pantolon paçaları çorabın içine koyuyorum
☐ Açık renkli giysiler giyiyorum ☐ Kapalı giysiler giyiyorum ☐ Diğer açıklayınız (.....)

36. Tarla/otlak/orman/piknik dönüşü **giysilerinizde** (kıyafet) kene kontrolü yapıyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

37. Tarla/otlak/orman/piknik dönüşü **giysilerinizi çıkararak vücudunuzda** kene kontrolü yapıyor musunuz? **Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.**

☐ Hayır ☐ Kol ve koltuk altı ☐ Kasıklar ☐ Diz arkası ☐ Kulak arkası ☐ Ense ☐ Saçlı deri ☐ Diğer açıklayınız (.....)

38. Kendi vücudunuzda tutunmuş kene buldunuz mu?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

39. Ailenizden birinin vücudunuzda tutunmuş kene buldunuz mu?

☐ Evet (Kimin.....) ☐ Hayır ☐ Bilmiyorum

40. Siz ve aileniz vücudunuza tutunmuş kene görünce ne yaparsınız?

☐ Çıplak elle çıkarırım ☐ Kağıt veya bezle çıkarırım ☐ İplikle çıkarırım
☐ Eldivenle çıkarırım ☐ Cımbızla çıkarırım ☐ Sağlık ocağına giderim
☐ Kendiliğinden düşmesini beklerim

KATKI VE KATILIMLARINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B.10.4.ISM.4.06.00.09/773
Konu : Araştırma İzni

24.06.2010* 81480

VALİLİK MAKAMINA

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora öğrencisi Dr A. Çiğdem ŞİMŞEK'in "Ankara'nın Endemik İlçe ve Köylerinde Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Konusunda Sağlık Personeli Tarafından Yapılan Hane Halkı Eğitimlerinin Sağlığın Korunması Açısından Etkisinin Değerlendirilmesi" konulu araştırması İl Sağlık Müdürlüğü Değerlendirme Komisyonunca incelenmiş ve uygun görülmüştür. Söz konusu araştırmanın anket uygulamasının Ankara'nın ilçe ve köylerinde yapılabilmesi hususunu;

Tensiplerinize arz ederim.

Uzm. Dr. Mustafa AKSOY
Sağlık Müdürü

O I, U R
23.06.2010

Dr. Celal DİNÇER

Vali a.
Vali Yardımcısı

22.06.2010 Hemş.K.ALKAN
24.06.2010 Eği. Şb.Şe.F. SEVEN
22.06.2010 Eği. Şb. Md. Dr. I. ÖZDEMİR
22.06.2010 Sag. Müd. Yard. Dr. S. GÜLAY

İl Sağlık Müdürlüğü Sayı: 81480/2010

Faks: 312 97 00 00

Adres: Başkent Yolu, Yenimahalle İlçe Kurumlar Bölgesi, Ankara Valiliği

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
DEĞERLENDİRME KOMİSYON ONAYI

BAŞVURU BİLGİLERİ	KURUMU	Gazi Univ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü
	ARAŞTIRMA SORUMLUSU	Dr A. Çiğdem ŞİMŞEK
	ARAŞTIRMANIN KONUSU	Ankara ve Kırıkkale'nin Endemik İlçe ve Köylerinde Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Hastalığı Konusunda Sağlık Personeli Tarafından Yapılan Hane Halkı Eğitimlerinin Sağlığın Korunması Açısından Etkisinin Değerlendirilmesi
	ARAŞTIRMANIN YAPILACAĞI KURUM	Ankara'nın Endemik İlçe ve Köyleri
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	BAŞVURU EVRAK TARİH VE SAYISI	21.06.2010-109897
	ANKET ORNEĞİ	Ektedir.
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAY FORMU	yok
	KARAR BİLGİLERİ	KARAR TARİH VE SAYISI
Dr Çiğdem ŞİMŞEK sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda bilgileri verilen araştırma başvurusu ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, Bilgilendirilmiş Gönüllü Onay formunun da eklenmesi ve araştırma sonucunun yayımlanmadan önce bir nüshasının Müdürlüğümüze gönderilmesi şartıyla gerçekleştirilmesinde sakınca BULUNMADIGINA/BULUNDUGUNA komisyon üyelerince karar verilmiştir		

ÜYE
Dr. Deniz ÇAKMAK
ACS/APİ Şube Müdürü

ÜYE
Dr. Tali ÖZDEMİR
Eğitim Şube Müdürü

BAŞKAN YARDIMCISI
Dr. Sedat GULAY
Sağlık Müdür Yardımcısı

24/6/2010
BAŞKAN
Uzm. Dr. Mustafa AKSOY
Sağlık Müdürü



T.C.

GAZİ ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

SAYI : B.30.2.GÜN.0.42.00.00/ 1708

ANKARA

KONU : İzin Hk.

21.06.2010

SAĞLIK BAKANLIĞI

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

ANKARA

Enstitümüz Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Programında öğrenimine devam eden Asiye Çiğdem ŞİMŞEK'in yürütmekte olduğu "Ankara ve Kırıkkale'nin Endemik İlçe ve Köylerinde Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Hastalığı Konusunda Sağlık Personeli Tarafından Yapılan Hane Eğitimlerinin Sağlığın Korunması Açısından Öneminin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışması ile ilgili olarak yapacağı anket çalışması için gerekli iznin verilmesi bilgilerinize saygı ile arz olunur.


Prof. Dr. Davut YILMAZ
ENSTİTÜ MÜDÜRÜ

EK:Anket Formu

Adres : Bandırma Sok:No:6 Etiler/ANKARA
Tel : 0-312-2226208
Faks : 0-312-2124985

E-Mail: saglikb @ gazi.edu.tr
Web: www.Saglikb.gazi.edu.tr

T.C.
KIRIKKALE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

SAYI :B104İSM4710009-170-30/
KONU: KKKA Hane Eğitimi ve Anketi

10019

02/8/2010

VALİLİK MAKAMINA

Bakanlığımız Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 31 Mart 2010 tarih ve 18330 sayılı yazıları gereği, Ülkemizde görülen önemli zoonozlardan olan Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Hastalığından korunma, erken teşhis ve erken başvurunun önemini vurgulamak amacıyla Nisan ve Eylül aylarında mutlaka ayda bir kez hane ziyaretleri yapılması gerekmektedir.

Yapılması planlanan hane ziyaretlerinin İl Merkezi, Sulakyurt ve Karakeçili İlçelerinde yapılması öngörülmekte olup, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Doktora Öğrencisi Dr. A. Çiğdem ŞİMŞEK'in Müdürlüğümüze vermiş olduğu dilekçesinde, İlimiz ve İlçelerimizin KKKA hastalığı konusunda sağlık personeli tarafından yapılan hane eğitimlerinin etkisinin değerlendirilmesini içeren anketin hane ziyaretleri eğitimlerinden önce yapılabilmesini talep etmektedir.

03-10 Ağustos 2010 tarihleri arasında planlanan hane eğitimlerinin ve anketin yapılabilmesini ve ekli listede adı soyadı görevi ve görev yeri yazılı personelin görevlendirilmesini, ve bundan doğacak masrafların kendi kurumlarınca 2010 yılı mali bütçesinin 03-3-1-01 kaleminden ödenebilmesini;

Olurlarınıza arz ederim.

Dr. Osman Selçuk ŞENGÜL
Sağlık Müdür V.

O L U R
30/07/2010

Fethi YORULMAZ
Vali a.
Vali Yardımcısı

30/07/10 Mem. : Ü. ÇALIŞKAN
30/07/10 Eğt. Şb. Md. : O. ÖZSOY
30/07/10 Sağ. Md. Yrd. : S. YÜCEL

İl Sağlık Müdürlüğü 71200 Kırıkkale İrtibat: Ülker ÇALIŞKAN
Telefon: (0318) 2331229/2331134/2331117 Faks(0318) 2330667
e-Posta: kirikkale@saglik.gov.tr Elektronik Ağ: www.kirikkalesm.gov.tr

TOTAL P.01



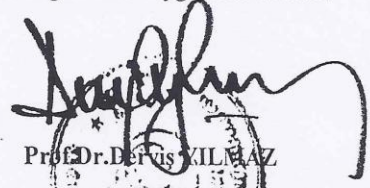
T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

SAYI : B.30.2.GÜN.0.42.00.00/ 1709
KONU : İzin Hk.

ANKARA
21.06.2010

SAĞLIK BAKANLIĞI
KIRIKKALE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
KIRIKKALE

Enstitümüz Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Programında öğrenimine devam eden Asiye Çiğdem ŞİMŞEK'in yürütmekte olduğu "Ankara ve Kırıkkale'nin Endemik İlçe ve Köylerinde Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Hastalığı Konusunda Sağlık Personeli Tarafından Yapılan Hane Eğitimlerinin Sağlığın Korunması Açısından Öneminin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışması ile ilgili olarak yapacağı anket çalışması için gerekli iznin verilmesi bilgilerinize saygı ile arz olunur.


Prof. Dr. Ferihs KILMAZ
ENSTİTÜ MÜDÜRÜ

EK:Anket Formu

Adres : Bandırma Sok:No:6 Etiler/ANKARA
Tel : 0-312-2226208
Faks : 0-312-2124985

E-Mail: saglikb @ gazi.edu.tr
Web: www.Saglikb.gazi.edu.tr

ARAŞTIRMANIN TAKVİMİ

YAPILACAK İŞLER (ÇALIŞMALAR)	AY VE HAFTALAR																																												
	Mayıs 2010				Haziran 2010				Temmuz 2010				Ağustos 2010				Eylül 2010				Ekim 2010				Kasım- Aralık 2010				Ocak- Şubat 2011				Mart- Nisan 2011				Mayıs- Haziran 2011				Temmuz - Eylül 2011				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4					
Konu Belirleme	x	x																																											
Literatür Tarama	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Evren- Örnek Belirleme			x	x																																									
Ön Uygulama ve Düzeltme					x	x																																							
Tez Önerisi Hazırlama ve Sunma							x	x																																					
Kurum İzni Alma									x	x																																			
Anketin Uygulanması											x	x	x	x																															
Verilerin Kodlanması														x	x	x																													
Verilerin Bilgisayara Girilmesi																	x	x	x	x	x																								
Min-Max Tutarlılık Denetimi																						x	x	x	x																				
Tablolar ve İstatistiki Değerlendirme																											x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x							
Raporun Yazılması																																													
Raporun Sunulması																																													

11. ÖZGEÇMİŞ

I - Bireysel Bilgiler

Adı: Asiye Çiğdem

Soyadı: Şimşek

Doğum yeri ve tarihi: İzmit/Kocaeli, 02/07/1961

Uyruğu: Türkiye Cumhuriyeti

Medeni durumu: Evli, 2 çocuklu

İletişim adresi: İl Sağlık Müdürlüğü, Bağdat Caddesi, No:16 Ankara

Tel: 0 312 385 97 00-1127

e-mail: cigdemsimsek2000@yahoo.com

II- Eğitimi

Lisans: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 1984

Yüksek Lisans: Ankara Üniversitesi, Sağlık Eğitim Fakültesi, Sağlık Eğitimi, 2006

Doktora: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D.

Yabancı dili: İngilizce

III- Ünvanları

Tıp Doktoru

Sağlık Eğitimi Bilim Uzmanı

Sağlık Bakanlığı Aile Planlaması İleri Eğitimcisi

Ankara İl Sağlık Müdürü Yardımcısı

IV- Mesleki Deneyimi

1984- 2002 Hekim

2002- 2004 AÇSAP Başhekim

2004 tarihinden itibaren Ankara İl Sağlık Müdür Yardımcısı

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

- Üreme Sağlığı ve Kontrasepsiyon Derneği
- Adölesan ve Pediatrik Jinekoloji Derneği (Ankara Üniversitesi)
- Ergen Sağlığı Derneği (Hacettepe Üniversitesi)
- European Society of Contraception
- EKMUD Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği

VI- Bilimsel Etkinlikleri

Eğitim Programı Haricinde Aldığı Kurslar ve Katıldığı Eğitim Seminerleri:

- Verem Tekamül Kursu, 17/09-12/10/1984, İstanbul.
- Rahim İçi Araç Uygulama Kursu, 17/09-05/10/1991 (sertifika), Ankara.
- Eğitim Metodolojisi ve Klinik Becerilerin Standardizasyonu Kursu, 20-24/02/1995 (sertifika), Ankara.
- Güvenli Annelik Projesi Kursu, 18-20/11/1996, Ankara.
- Obstetrik ve Jinekolojide Rutin Ultrasonografi Uygulamaları, 6-7/02/1998, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul.
- JHPIEGO, Klinik Eğitim Becerilerinin Geliştirilmesi ve Klinik Uygulama Becerilerinin Standardizasyonu Kursu, 16-27/02/1998 (sertifika), Ankara.
- Üreme Sağlığı Projesi Eğitimci Eğitimi, 21-25/09/1998, Ankara.
- HIV/AIDS ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Danışmanlık Kursu, 17/03-27/05/1999, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- ICC, Reproductive Health Management in Crisis Situations Training Course, 24-30/06/2002, Bilkent, Ankara.
- Topluma Dayalı Üreme Sağlığı Projesi Kursu, 24-26/01/2001, Ankara.
- Birinci Basamakta Standart Tanı ve Tedavi Protokollerinin Geliştirilmesi, 11-15/06/2001, Bilkent, Ankara.

- Menopoz Kursu, 21-22/01/2002, Numune Hastanesi, Ankara.
- Adolesan Sağlığı ve Gelişimi Eğitimi, 11-22/03/2002, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- İmplant Uygulama Kursu, 13/04/2002, Genova, Italy.
- İleri Eğitim Becerileri Kursu, 27-31/05/2002 (sertifika), Ankara.
- ICC, Adolescence and Adolescent Reproductive Health, 30/11-19/12/2002 Bilkent, Ankara.
- Aile Hekimliği Programı Ön Hazırlık Çalışma Toplantısı, 23-27/11/2002, Bilkent, Ankara.
- Adolesan Sağlığı Danışmanlık Eğitimi, 28/04-01/05/2003, Ankara.
- JHPIEGO, Performance Improvement and Advanced Training Update Workshop, 06-16/10/2003, Bursa.
- İzleme Değerlendirme Kursu, 22-26/12/2003, Ankara.
- Toplam Kalite Yönetimi Eğitici Eğitimi, 01-17/06/2004, İl Sağlık Müdürlüğü, Ankara.
- Kalite Yönetim Sistemi, İç Tetkik Eğitimi, 14-18/02/2004, TSE, Ankara.
- İlk Yardım Eğitmeni Kursu (sertifika), 20-22/06/2005, Ankara.
- Evlilik Danışmanlığı Kursu, 09-10/03/2006, Ankara.
- Türkiye Üreme Sağlığı Programı Yönetim Eğitimi, 02/04-06/07/2007, Ankara.
- Neonatal Resüsitasyon Programı Uygulayıcı Sertifikası, 12-14/09/2007, Ankara.
- Neonatal Resüsitasyon Programı Eğitici Sertifikası, 20-21/09/2007, Ankara.
- Joint Comission International (JCI) Denetçi Kursu, 03-14/03/2008, Ankara.
- Certificate of Completion, Neonatal Resuscitation, 06/2008, Ankara.
- Orta Düzey Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) Yöneticileri İçin GBP Modülleri Eğitim Kursu, 24-28/02/2009, Antalya.
- Proje Süreç Yönetimi Kursu, 12-16/03/2009, Ankara.

- Uyku Bozuklukları Tedavisi Kurs Programı, Türk Toraks Derneği 12. Yıllık Kongresi, 08/04/2009, Antalya.
- Zoonotik Hastalıklar Eğitim Modülü Hazırlama Çalıştayı, 04-05/11/2009, Ankara.

Poster Çalışmaları:

1. Şimşek Ç., Turan H., Rahim İçi Araçların Atılma Riski, I.Ulusal Aile Planlaması Kongresi, 14-17/04/1999, Ankara.
2. Turan H., Şimşek Ç., Rahim İçi Araçların Çıkarılma Nedenleri, I. Uluslararası & II. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 20-23/04/2001, Antalya.
3. Şimşek Ç., Turan H., Erbil F., Çalışgan L., Erken ve Geç Dönem Adolesanların Cevaplarını Aradıkları Sorular, II. Uluslararası Adolesan ve Sorunları Kongresi, 27-30/09/2001, Nevşehir.
4. Şimşek Ç., Turan H., Erbil F., Erdoğan N., Evli Adolesanların Demografik Özellikleri ve Sorunları, II. Uluslararası Adolesan ve Sorunları Kongresi, 27-30/09/2001, Nevşehir.
5. Şimşek Ç., Biri A., Erdoğan N., Turan H., Esen O., Aktürk O., Bireysel Danışmanlığın Yöntem Seçimine Etkileri, III. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 20-23/4/2003, Ankara.
6. Şimşek Ç., Biri A., Turan H., Aktürk O., Seyrek V., Esen O., Emekçi F., Birinci Basamakta Gebelere Hbs Ag Taraması Yapılmasının Önemi, IV. Ulusal Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi, 21-25/04/2004, Antalya.
7. Şimşek Ç., Çakmak D., Onulay H., Turan H., Seyrek V., Bediz D., Aile Planlaması Polikliniklerine Başvuran Kadınların Cinsel Yaşamla İlgili Bilgi, Tutum Ve Davranış Analizi, IV. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 20-23/04/2005, Ankara.
8. Biri A., Korucuoğlu Ü., Yılmaz E., Şimşek Ç., Aksakal N., İlhan M., Adolesan Kızların Cinsel Bilgi ve Gereksinim Durumlarının Belirlenmesi,

- IV. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 20-23/04/2005, Ankara.
9. Kanyılmaz D., Şimşek Ç., Özdemir O., Aras Y., Şahin S., Ankara İlinde 2002-2004 Yılları Arasında Tespit Edilen Anne Ölümlerinin Değerlendirilmesi, IV. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 20-23/04/2005, Ankara.
10. Gungor S., Bakir B., Akyuz A., Gocgeldi E., Acikel C.H., Kaya T., Gulec M., Hasde M., Temiztugay A., Gul R., Simsek C., Reproductive Health Education of Conscripts in Turkish Armed Forces: First Evaluation of Training Courses, 9th Congress of the European Society of Contraception, 03-06/05/2006, İstanbul.
11. Şimşek Ç., Piyal B., Tüzün H., Çakmak D., Turan H., Seyrek V., Onbirinci Sınıf Öğrencilerinin Kişisel Bakım Ve Sağlığın Korunmasına Yönelik Davranışlarının İncelenmesi, I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi, 09-12/12/2006, Muğla.
12. Seyrek V., A. Şimşek Ç., Turan H., Akpınar H., Avcı M., Temel F., Ankara 9 Nolu AÇSAP Eğitim Merkezine 2002-2006 Yılları Arasında Başvuran Adölesanlara Verilen Hizmetlerin Değerlendirilmesi, I. Ulusal Adölesan Sağlığı Kongresi, 28/11-01/12/2006, Ankara.
13. Seyrek V., Temel F., Altındirek F., Çalışgan L., Şimşek Ç., Turan H., Ankara 9 Nolu AÇSAP Eğitim Merkezine Başvuran Adölesanlarda Riskli Davranışların Değerlendirilmesi, I. Ulusal Adölesan Sağlığı Kongresi, 28/11-01/12/2006, Ankara.
14. Çalışgan L., Önder Ö.R., Seyrek E.V., Şimşek Ç., Turan S.H., Temel F., Ankara 9 Nolu AÇSAP Eğitim Merkezinde Psikoloğa Başvuran Ergenlerin Sorunları ve Ana Babalarının Sosyo-Demografik Özellikleri, I. Ulusal Adölesan Sağlığı Kongresi, 28/11-01/12/2006, Ankara.
15. Şimşek Ç., Apaydın S., Turan H., Ambaryapan H., Gönülalan U., Özdemir T., Şahin S., Ankara İli Birinci Basamak Sağlık Kurumları Personeline Gerçekleştirilen Kendi Kendine Meme Muayenesi Eğitimleri, Ulusal Kanseri Haftası, 02-04/04/2007, Ankara.

- 16.Şimşek Ç., Çakmak D., Seyfeli M., Saper G., Aras Y., Eryiğit Z., Kotan H.,Ankara İlinde Hormonal Kontraseptiflerin Temini Araştırması, V. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 19-22/04/2007, Ankara.
- 17.Korucuoğlu Ü., Türkyılmaz E., Şimşek Ç., İlhan M., Yılmaz E., Biri A., Türk Kadınlarında Cinsel Fonksiyonun FSFI Kullanılarak Değerlendirilmesi, V. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 19-22/04/2007, Ankara.
- 18.Turan H., Seyrek V., Şimşek Ç., Harlak Ü., Temel F., Çakmak D., Ankara 9 Nolu AÇS/AP Eğitim Merkezi'ne Evlilik Raporu Almak İçin Başvuranların Aile Planlaması İle İlgili Bilgi Düzeyleri, V. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 19-22/04/2007, Ankara.
- 19.Seyrek V., Turan H., Şimşek Ç., Kantarcıoğlu E., Temel F., Çakmak D., Ankara 9 Nolu AÇS/AP Eğitim Merkezi'ne Evlilik Raporu Almak İçin Başvuranların Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi, V. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 19-22/04/2007, Ankara.
- 20.Çakmak D., Arıcan Ş., Çayır N., Şimşek Ç., Baytemir G., Taçyıldız L., Ankara İl Sağlık Müdürlüğüne Bildirilen Talasemi Verileri ve Bazı Özellikleri, Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, 16-19/10/2007, Adana.
- 21.Çakmak D., Çayır N., Şen G., Gündüz H., Korkmaz N., Saper G., Özdemir B., Şimşek Ç.,Ankara İlinde 2007 Yılı Ocak-Temmuz Dönemi Neonatal Tarama Programı Verileri ve Bazı Özellikleri,Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, 16-19/10/2007, Adana.
- 22.Çakmak D., Aras Y., Yücel A., Çetin M., Yavuz N., Turan H., Şimşek Ç., 2006 Yılında Ankara İl Sağlık Müdürlüğüne Bildirilen Anne Ölümleri ve Bazı Özellikleri, 3. Ambulans Rallisi ve Acil Sağlık Hizmetleri Kongresi, 22-26/10/2007, Ankara.
- 23.Aras Y., Çakmak D., Yücel A., Günerhan N., Aras E., Seyrek V., Çetin N., Şimşek Ç., 2006 Yılında Ankara İl Sağlık Müdürlüğüne Bildirilen

- Bebek Ölümleri ve Bazı Özellikleri, 3. Ambulans Rallisi ve Acil Sağlık Hizmetleri Kongresi, 22-26/10/2007, Ankara.
24. Yavuz N., Günerhan N., Aras Y., Çetin M., Birgin A., Eryiğit Z., Çakmak D., Şimşek Ç., 2003–2007 Yılında Ankara İli Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Şube Müdürlüğüne Gerçekleştirilen Neonatal Resüsitasyon Eğitimleri, 3. Ambulans Rallisi ve Acil Sağlık Hizmetleri Kongresi, 22-26/10/2007, Ankara.
25. Günerhan N., Şimşek Ç., Çakmak D., Saper G., Arıcan Ş., Turan H., Seyrek V., Bediz D., Taçyıldız L., Onulay H., Ankara İlinde 2004-2006 Yılları Arasında Aile Planlaması Kliniklerinde Dekontaminasyon İşlemi Uygulama Durumu, Hasta Güvenliği Kongresi, 21-24/03/2008, Antalya.
26. Şimşek Ç., Özdemir T., Karaduman İ., Kuzukıran Ç., Alkan K., Aksoy M., Mide Kanseri Erken Tanı Halk Eğitimleri, Ulusal Kansere Haftası, 01-03/04/2008, Ankara.
27. Şimşek Ç., Çakmak D., Günerhan N., Aras Y., Saper G., Aksoy M., Ankara İlinde 2004-2007 Yılları Arasında Aile Planlaması Kliniklerinde Yapılan İzleme & Değerlendirme Ziyaretlerinin Değerlendirilmesi, Sağlık 2008 Kongresi, 09-13/04/2008, Antalya.
28. Özlü A., Çakmak D., Taçyıldız L., Tür A., Şimşek Ç., Aksoy M., Ankara İlinde 2007 Yılında Yapılan Evlilik Danışmanlığı Verileri ve Bazı Özellikleri, Sağlık 2008 Kongresi, 09-13/04/2008, Antalya.
29. Kaya M., Çulha G., Özlü A., Ercan C., Şimşek Ç., Bir Grup Öğretmen ve Hekimin Kuş Gribi Bilgi Düzeyleri, 12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 21-25/10/2008, Ankara.
30. Aktaş D., Özkan S., Şimşek Ç., Sarı N., Sarcan H., Özlü A., Aksoy M., Ankara'da Aktif Sürveyans Uygulamasında Hastaneler Arasındaki Farklılıkların Değerlendirilmesi, Türk Toraks Derneği 12. Yıllık Kongresi, 08-12/04/2009, Antalya.

31. Aksoy M., Şimşek Ç., Özkan S., Aktaş D., Özlü A., Tür A., Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisinde İdari Kararlılığın Etkisi; Ankara Örneği, Türk Toraks Derneği 12. Yıllık Kongresi, 08-12/04/2009, Antalya.
32. Aksoy M., Çulha G., Şimşek Ç., Özlü A., Uğraşan S., Ankara İlindeki Gönüllü Danışmanlık ve Test Merkezlerinde Sunulan Hizmetler ve Tanıtımı, VI. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 23-25/04/2009, Ankara.
33. Aksoy M., Şimşek Ç., Özlü A., Özkan S., 2009 Yılında Ankara Verem Savaşı Dispanserlerine Kaydedilen Hastalarda Tanı Koyan ve Tedavi Başlayan Sağlık Kurumları, Türk Toraks Derneği 13. Yıllık Kongresi, 08-12/04/2010, İstanbul.
34. Şimşek Ç., Aksoy M., Özlü A., Çulha G., Kul Ö., Zorgül H.H., Kaya M., Maden F., Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Şüpheli/Olası Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) Hastalarının Enfeksiyon Kliniklerine Yatış Yönetimi, 3. Türkiye EKMUD Kongresi 12-16/05/2010, Ankara.
35. Çulha G., Şimşek Ç., Özlü A., Kaya M., Kul Ö., Zorgül H.H., Uğraşan S., Meteoğlu S., Metin E., Aksoy M., Ankara İlinde 2008 ve 2009 Yılları Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) Vaka Sayıları ve Bazı Epidemiyolojik Özellikleri, 3. Türkiye EKMUD Kongresi 12-16/05/2010, Ankara.
36. Gürbüz F., Demirbaş B., Maden F., Şimşek Ç., Özlü A., Kaya M., Çulha G., Topaç O., Arı E., Yılmaz H., Aksoy M., Ankara İlinde 2005-2009 Yılları Arasında Görülen Şüpheli Isırıkların Ve Kuduz Aşılmasının Değerlendirilmesi, 3. Türkiye EKMUD Kongresi 12-16.05.2010, Ankara.
37. Kaya M., Özlü A., Çulha G., Şimşek Ç., Maden F., Zorgül H.H., Eğer N., İnanç H., Aksoy M., Pandemi İnfluenza A (H1N1) Salgını 2009-2010 Değerlendirmesi, 3. Türkiye EKMUD Kongresi 12-16/05/2010, Ankara.
38. Deprem C., Kaya M., Özlü A., Çulha G., Şimşek Ç., Çelik F., Aytaç N., Karabulut H., Sarcan H., Aksoy M., Şereflikoçhisar Norovirus Salgını İncelemesi, , 3. Türkiye EKMUD Kongresi 12-16/05/2010, Ankara.

39. Çulha G., Şimşek Ç., Kaya M., Özlü A., Topaç O., Özbaş S., Sarı N., Şengel K., Tatlı Ş., Öğmen D., Aksoy M., Ankara İlinde Pandemik İnfluenza A(H1N1) Nedeniyle Olan Ölümlere Ait Bazı Epidemiyolojik Özellikler, 3. Türkiye EKMUD Kongresi 12-16/05/2010, Ankara.
40. Ertek M., Sevensan F., Kalaycıoğlu H, Gözalan A., Şimşek Ç., Çulha G., Dorman V., Özlü A., Arıkan F., Aktaş D., and study group, Pandemic İnfluenza A(H1N1), Diyarbakir and Ankara 2009, Turkey.

Yayınlar:

1. Biri A., Korucuoğlu Ü., Yılmaz E., Şimşek Ç., Aksakal N., İlhan M., Adolesan Kızların Cinsel Bilgi Gereksinim Durumlarının Belirlenmesi, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 2007;4(2):104-107.
2. Şimşek Ç., Piyal B., Tüzün H., Çakmak D., Turan H., Seyrek V., Ankara İl Merkezindeki Bazı Lise Öğrencilerinde Kişisel Hijyen Davranışları, TAF Prev Med Bull 2010; 9(5):433-440.
3. Aksoy M., Şimşek Ç., Özlü A., Çulha G., Kul Ö., Zorgül H., Şüpheli/Olası Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) Hastalarının Ankara'da Bulunan Enfeksiyon Kliniklerine Yatış Yönetimi, Sağlığın Başkenti Dergisi, 2009;14:38-43.
4. Şimşek Ç., Gönüllü Danışmanlık ve Test Merkezleri, Sağlığın Başkenti Dergisi, 2009;15:41-42.
5. Şimşek Ç., Gebe ve Emziren Kadınlarda Bağışıklama, Sağlığın Başkenti Dergisi, 2010;17:39-44.
6. Şimşek Ç., Tüberküloz Çalışmalarında Doğrudan Gözetimli Tedavi Danışmanlığı Nasıl Verilmelidir, Türkiye'de Verem Savaşı Dergisi, 2011;3:78-81.
7. Şimşek Ç., Evlilik Öncesi Sağlık Danışmanlığının Önemi, Sağlığın Başkenti Dergisi, 2011;20:39-43.

Konuşmacı Olarak Katıldığı Kongreler:

- III. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, “Doğum Aralıklarının Mortalite Üzerine Etkisi”, 23/04/2003, Ankara.
- IV. Ulusal Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi, “Günlük Jinekoloji Pratiğinde Üreme Sağlığı Danışmanlığı Nasıl Verilmelidir”, 22/04/2004, Antalya.
- IV. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, “Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı”, 23/04/2005, Ankara.
- 9th Congress of the European Society of Contraception, “The Use of Hormonal Contraceptives in Turkey”, 03-06/05/2006, İstanbul.
- V. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, “Adolesan Kliniklerinde Verilmesi Gereken Hizmet Çeşitliliği Ne Olmalıdır?”, 20/04/2007, Ankara.
- TJOD 8. Ulusal Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi, “Gebelerde Vaksinasyon”, 20/05/2010, Antalya.
- VI. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, “Gönüllü Danışmanlık ve Test Merkezleri”, 24/04/2009, Ankara.
- VII. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, “Evlilik Öncesi Sağlık Danışmanlığının Önemi”, 25/04/2011, Ankara.

Katıldığı Bilimsel Kongre ve Toplantılar:

- I. Ulusal Aile Planlaması Kongresi, 14-17/04/1999, Ankara.
- Zekai Tahir Burak Bilimsel Günleri IV, 15-17/06/2000, Ankara.
- 2000’li Yıllarda Kadın Sağlığı Kongresi, 12-14/10/2000, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- II. Uluslararası & II. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 20-23/04/2001, Antalya.
- Uluslararası Adolesan ve Sorunları Kongresi, 27-30/09/2001, Nevşehir.
- 7th Congress of the European Society of Contraception, 10-13/04/2002, Genova, Italy.

- Üreme Sağlığı Kongresi, 26-29/09/2002, Ankara.
- III. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 20-23/4/2003, Ankara.
- Ulusal Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi, 21-25/04/2004, Antalya.
- Adölesanların Cinsel ve Üreme Sağlığını Etkileyen Faktörler Araştırması Sonuçları Toplantısı, 28/04/2004, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Üreme Sağlığı Yöneticileri için Eğitim Materyalinin Geliştirilmesi / Eğitim Materyali Değerlendirme Çalıştayı, 26/05-01/06/2004, Ankara.
- Ulusal Jinekoloji ve Obstetrikte Enfeksiyonlar, 28-29/05/2004, Ankara.
- Kalite Yönetim Sistemi, 14-18/02/2005, İl Sağlık Müdürlüğü, Ankara.
- IV. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 20-23/04/2005, Ankara.
- Çevre Hekimliği Kongresi, 18-21/01/2006, Ankara.
- Genç Dostu CSÜS Hizmetleri Uluslararası Katılımlı Sempozyumu, 01-02/03/2006, Ankara.
- Acil Sağlık Hizmetleri Sempozyumu, 02-03/03/2006, Ankara.
- Sağlıkta Kalite Sempozyumu, 15-16/04/2006, Ankara.
- 9th Congress of the European Society of Contraception, 03-06/05/2006, İstanbul.
- Ulusal Kanseri Haftası, 02-06/04/2006, Ankara.
- 2. Ulusal Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar ve 3. Ulusal HIV/AIDS Sempozyumları, 01-05/12/2006, Ankara.
- Ulusal Sağlık Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi, 09-12/12/2006, Muğla.
- Üniversite Sağlık Merkezleri 2. Sempozyumu, 15-16/12/2006, Hacettepe, Ankara.
- Ulusal Adölesan Sağlık Kongresi, 28/11-01/12/2006, Ankara.
- Etkin Kanseri Kontrol Programları ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Kanseri Kontrol Sempozyumu, 23-25/02/2007, Girne, KKTC.

- Çocuk ve Gençlerde Artan Şiddet Eğilimi ile Alınması Gereken Önlemler, TBMM Çalışma Toplantısı, 05-06/04/2007, Ankara.
- V. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 19-22/04/2007, Ankara.
- Uluslararası Sağlıkta Gelecek Sempozyumu, 13-14/06/2007, Ankara.
- 3. Ambulans Rallisi ve Acil Sağlık Hizmetleri Kongresi, 22-26/10/2007, Ankara.
- Ulusal Kanser Haftası, 01-03/04/2008, Ankara.
- World Cancer Congress, UICC 08, 27-31/08/2008, Geneva, Switzerland.
- II. Türkiye Zoonotik Hastalıklar Sempozyumu, Kene Kaynaklı Enfeksiyonlar, 27-28/11/2008, Ankara.
- Erişkin Bağışıklama Sempozyumu, 18/12/2008, Ankara.
- Pnömonokok Aşıları Sempozyumu, 23-24/01/2009, Ankara.
- Türk Toraks Derneği 12. Yıllık Kongresi, 08-12/04/2009, Antalya.
- VI. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 23-25/04/2009, Ankara.
- 3. Ulusal Aşı Sempozyumu, 29/09-03/10/2009, Ankara.
- HIV/AIDS 2009 Sempozyumu, 03-04/12/2009, Ankara.
- Türk Toraks Derneği 13. Yıllık Kongresi, 08-12/04/2010, İstanbul.
- XXVI. Ulusal Tüberküloz ve Göğüs Hastalıkları Kongresi, 22-24/03/2011, Adana.
- VII. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 22-25/04/2011, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı, Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Çalışma Toplantısı, 11-12/07/2011, Çorum.