

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Faruk YORULMAZ

**TRAKYA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE
UYGULAMA MERKEZİ'NDE 2007 YILI BİLDİRİMİ
ZORUNLU BULAŞICI HASTALIKLARIN BİLDİRİM
DURUMU, BİLDİRİMLE İLGİLİ SORUNLAR VE
ÇÖZÜM ÖNERİLERİ**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Nagihan KARTAL

EDİRNE-2010

TEŐEKKÜR

Trakya Üniversitesi Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndaki uzmanlık eğitimim, tez çalışmam sürecindeki yakın ilgi ve katkılarından dolayı değerli hocam Prof. Dr. Faruk YORULMAZ'a, uzmanlık eğitimime destek ve katkılarından dolayı değerli hocalarım Doç. Dr. Muzaffer ESKİOCAK'a, Doç. Dr. Galip EKUKLU'ya, Yrd. Doç. Dr. Ufuk BERBEROęLU'na, Yrd. Doç. Dr. Burcu TOKUÇ'a teőekkür ederim.

Fırat Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda başladığım uzmanlık eğitimim süresinde de yakın ilgi ve desteklerini gördüğüm değerli hocalarıma teőekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER.....	3
SAĞLIK	3
HASTALIK.....	3
BULAŞICI HASTALIKLAR	12
YENİ GÖRÜLEN ENFEKSİYONLAR.....	30
BİLDİRİMİ ZORUNLU BULAŞICI HASTALIKLAR.....	39
GEREÇ ve YÖNTEMLER	59
BULGULAR.....	61
TARTIŞMA.....	94
SONUÇLAR.....	102
ÖZET	104
SUMMARY	105
KAYNAKLAR.....	106
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
ABGS	: Avrupa Birliği Genel Sekreterliği
AÇSAP	: Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome (Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu)
BCG	: Bacillus Calmette-Guérin.
BZBH	: Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ICD	: International Classification of Diseases (Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması)
KHK	: Kanun Hükümünde Kararname
RG	: Resmi Gazete
RSHMB	: Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı
SARS	: Severe Acute Respiratory Syndrome (Ağır Akut Solunum Yolu Yetersizliği Sendromu)
TSHGM	: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
TÜSAUM	: Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
UHK	: Umumi Hıfzısıhha Kanunu
UNICEF	: United Nations Children's Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)
UST	: Uluslararası Sağlık Tüzüğü

GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre sağlık; sadece hastalık ve sakatlığın bulunmaması demek değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden tam bir iyilik halidir (1).

Hastalık ise, sağlığın herhangi bir nedenle bozulması ve kişi tarafından bu bozukluğun algılanır hale gelmesidir. Hastalık durumunda, bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden iyilik durumu bozulmuştur. Bir canlının sağlıklı olabilmesi için, bütün organlarının uyum içinde çalışması ve vücudun yararına olmak üzere her birinin üzerine düşen görevleri yeterli, dengeli ve zamanında yerine getirmesi gerekir. Bu uyumu ve dengeyi bozan iç ya da dış etkenler nedeniyle vücuttaki fizyolojik işlevlerin aksaması hastalık denen çeşitli rahatsızlık ve bozukluklara yol açar (1).

Hastalıklar şöyle gruplandırılabilir: Konjenital hastalıklar, metabolik hastalıklar, genetik hastalıklar, kronik hastalıklar ve bulaşıcı hastalıklar.

Bulaşıcı hastalıklar, duyarlı canlılarda, etyolojisinde mikroorganizmaların bulunduğu, toplumda salgınlara yol açabilen, panik, kaygı, işe devamsızlık, sağlık kuruluşlarına yoğun başvuru, bulunduğu yeri terketme gibi toplumsal karışıklıklara yol açabilen, ekonomik zararlar verebilen, ölüm ve sakatlıklar ile kayıplara neden olan hastalıklardır (2).

Bulaşıcı hastalıkların kontrolü (eliminasyonu, eradikasyonu), halk sağlığı çalışmalarının hedeflerini oluşturmaktadır. Bu nedenle enfeksiyon zincirinin tüm halkalarına yönelik etkili müdahale yöntemleri bulmak ve bu yöntemleri toplumsal düzeyde uygulamakla ilgili çalışmalar halk sağlığı uygulamalarının önemli bir parçasını oluşturmaktadır (2).

Bulaşıcı hastalıklar çeşitli yollarla duyarlı sağlam kişilere ulaşarak bazen çok kısa bir zaman dilimi içerisinde toplumun büyük bölümüne, bazen birden çok ülkeye hatta kıtaya

yayılabilmekte, yayıldığı bölgelerde ciddi sorunlara sakatlıklara hatta ölümlere yol açabilmektedir (2).

Bulaşıcı hastalıklar; sosyal yaşamı olumsuz etkilemesiyle, sağlık hizmetlerine beklenmeyen yükler getirmesiyle, toplumda sakatlık ya da ölümlerde artışa neden olmasıyla, yerel ve ulusal ekonomiyi olumsuz etkilemesiyle, hastalıkların uluslararası, hatta dünya çapında yayılabilmesiyle kötü sonuçlar doğurabilmektedir (2).

Bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkışlarını önlemek ya da kontrol etmek, sağlık örgütü yanında diğer pek çok sektörün işbirliği ve eşgüdümlü çalışmasıyla mümkün olabilmektedir. Erken dönemde tanı konulması yanında bulaşıcı hastalık açısından risk altındaki gruba koruyucu önlemlerin ulaştırılması bu anlamda büyük önem taşımaktadır.

Bulaşıcı hastalıklarla karşılaşıldığında ya da bulaşıcı hastalıktan kuşku duyulduğunda en yakın sağlık yetkilisine bildirim yapılması konusunda; 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu (UHK)'nun 58, 60, 61, 62'nci maddelerine göre serbest çalışan doktorlar, diş doktorları, hastane başhekimleri, eczacı, ebe, hemşire, sağlık memuru, diğer sağlık çalışanları, köy ihtiyar heyeti, otel-hapishane-fabrika müdürleri, apartman kapıcıları, ölü yıkayıcılar, tabutlayıcılar, kaptanlar, meslek gereği hasta ile ilişkisi olanlar gibi pek çok kişi yükümlü kılınmıştır. Bu konuda 30.05.2007 tarihinde Sağlık Bakanlığı'nın, Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği, 26537 sayılı Resmi Gazete'de (RG) yayınlanmıştır (3).

Bildirimin amacı; bulaşıcı hastalık konusunda ilgilileri uyarıp önlem alınmasını sağlamaktır. Bu sayede daha fazla sayıda kişinin hastalanmaktan ve ölmekten korunması, toplumsal düzenin daha fazla zarar görmesi önlenmiş olacaktır. Ayrıca aşı ile korunulabilen hastalıkların bildirim ile verilen bağışıklama hizmetleri değerlendirilebilir. Bildirimler ile önceliklerin hangi hastalıklara verileceği belirlenerek hizmetin niteliği ve kapsamı daha doğru biçimde ortaya konulabilir ve kaynaklar doğru biçimde yönlendirilebilir.

Bu çalışmanın amacı; Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (TÜSAUM)'nde, 2007 yılı içinde tanı konulan bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıkların bildirim durumunu ortaya koymak, bildirimle ilgili belirlenen sorunları ve bu sorunların nedenlerini tesbit etmek ve bu sorunlara yönelik çözüm önerileri geliştirmektir. Böylece söz konusu Merkez'de bildirimlerin daha doğru ve yeterli biçimde yapılması için yol gösterici nitelikte veri sağlanabilecektir.

GENEL BİLGİLER

SAĞLIK

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık; yalnızca hastalık ve sakatlığın bulunmaması demek değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden de tam bir iyilik durumudur (1).

Halk sağlığını da şöyle tanımlamak mümkündür: Organize olmuş toplum aracılığı ile çevrenin sağlık koşullarını düzelterek, bulaşıcı hastalıkları kontrol ederek, kişisel temizlik için bireyleri eğiterek, hastalıkların erken tanı ve koruyucu tedavisi için sağlık hizmetlerini organize ederek ve kişilerin sağlığını uygun bir yaşam tarzı biçiminde geliştirerek devamını sağlamak ve böylece vatandaşın sağlıklı ve uzun bir yaşam sürme hakkını gerçekleştirmeye uğraşan bir bilim ve sanattır (3).

Koruyucu hekimlik ise; “hastalık, sakatlık ve erken ölümden korumak, sağlık ve mutluluğu ilerletmek ve muhafaza etmek için, halka yarar sağlayan ve farklı bilim dallarından oluşan, tıbbın ihtisaslaşmış uygulamalı bir sahasıdır” şeklinde tanımlanır (3).

HASTALIK

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

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

Hastalıkların Sınıflandırılması

Hastalıklar genellikle nedenlerine göre sınıflandırılarak birkaç grupta incelenir. Bunlar, şu ana başlıklar halinde sınıflandırılabilir:

Bulaşıcı hastalıklar

Beslenme bozuklukları ya da beslenme yetersizlikleri

Kanserler

Kalıtsal hastalıklar

İmmun sistem bozuklukları

Kalp-damar hastalıkları ya da dolaşım bozuklukları

Meslek hastalıkları

Yapısal sinir hastalıkları

Ruhsal bozukluklar

“International Classification of Diseases” Sınıflaması

Hastalıklarla ilgili istatistik çalışmalarının geçmişi 300 yıl öncesine kadar dayanmaktadır. İlk etkin çalışma 17. yüzyılın sonunda İngiltere'de John Graunt'un hazırlamış olduğu ölüm verileri ile ilgili “London Bills of Mortality” adlı çalışmadır. Graunt bu çalışmasında, ölüm kayıtlarında ölen kişilerin yaşlarının yazılmadığı tarihlerde, 6 yaşın altında ölen çocukların oranını hesaplamaya çalışmış ve o günün koşullarına göre oldukça iyi bir tahminde bulunmuştur. Graunt bu hesaplamayı yaparken, ölüm nedenlerinin çocuklar içinde benzer olduğu varsayımından hareket etmiştir (4).

Hastalıkların sistematik bir şekilde sınıflandırılması ile ilgili gelişmeler ise 18. yüzyılda başlamıştır. Bugünkü mevcut sınıflamanın yapısı büyük ölçüde İngiltere Genel Kayıt Bürosunda ilk tıbbi istatistik uzmanı olarak çalışan William Farr'ın çalışmalarına dayanmaktadır. Yüzyılın 2. yarısında çalışmalar hastalık terminolojisi ve bunların kullanımında uluslararası birlikteliğin sağlanmasına odaklanmıştır. Bu dönemlerde dikkati çeken üçüncü bir nokta da hastalıkların istatistiksel sınıflamasının uluslararası önemi olmuştur (4).

Hastalıkların sınıflandırılması amacıyla geliştirilen standartlardan yaygın olarak kullanılanı, “International Classification of Diseases (ICD)” “Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması”dır. ICD, diagnostik bir kodlama-istatistiksel bir sınıflamadır ve hiyerarşik bir yapısı bulunmaktadır. İlk defa 1893 yılında, Bertillon Sınıflaması ya da Ölüm Nedenlerinin Uluslararası Listesi olarak ortaya çıkmıştır. 1994 yılında ise Ulusal Ölüm Verilerini sınıflandırmak amacıyla kullanılmıştır (4).

International Classification of Diseases-10 Hazırlık Toplantısı, Eylül 1983'de Cenevre'de yapılmıştır. ICD-10 Uzman Komitesi'nin 1984 ve 1987 yıllarında yaptığı toplantılar dahil olmak üzere çok sayıdaki özel toplantı ile yol gösterici politikalar oluşturulmuştur (4).

Geleneksel ICD yapısı korunmakla birlikte önceki sayısal kodlama düzeni yerine alfanumerik kodlama sistemi getirilmiştir. Bu kodlama sistemiyle yenilemelerde daha önce karşılaşılan numaralama sistemindeki bozulmalarla karşı karşıya kalmadan ilerideki sınıflamalara uygun boşlukların bırakıldığı daha geniş bir kodlama sistemi sağlanmıştır (4).

Bin dokuz yüz altmış beş yılındaki 8. Uluslararası ICD Konferansından sonra hazırlanmış olan 8. versiyon (ICD-8), ülkemizde 2005 yılına kadar kullanılmıştır. Alt yapısı uygun hastanelerde 1 Ocak 2005 tarihinden itibaren ICD-10'un 3. ve/veya 4. basamak kodlarının uygulanmasına geçilmiştir. Ayrıca ICD-10, 01.07.2005 tarihinden itibaren Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm kurum ve kuruluşlarda uygulanmaya başlanmıştır (4).

Bulaşıcı hastalıklar bildirim sistemi formlarına göre ICD -10' da yer alan hastalıklar aşağıda Tablo 1, 2, 3'te belirtilmiştir (4).

Tablo 1 Form 017A / International Classification of Diseases -10 (4)

FORM 017/A HASTALIK TÜRLERİ VE ADLARI		ICD-10 KODLARI VE ADI	
HASTALIK GRUP KOD	ADI	ICD-10 KODU	ADI
017A	Akut Kanlı İshal	A09	Diyare ve gastroenterit, enfeksiyöz kaynaklı olduğu tahmin edilen
017A	Boğmaca	A37	Boğmaca
017A	Bruselloz	A23	Bruselloz
017A	Difteri	A36	Difteri
017A	Gonore	A54	Gonokok enfeksiyon
017A	Hepatit A	B15	Akut Hepatit A
017A	Hepatit B	B16	Akut Hepatit B
017A	Hepatit C	B17.1	Akut Hepatit C
017A	Hepatit E	B17.2	Akut Hepatit E
017A	Kabakulak	B26	Kabakulak
017A	Kızamık	B05	Kızamık
017A	Kızamıkçık	B06	Kızamıkçık(Rubella)
017A	Kolera	A00	Kolera
017A	Kuduz	A82	Kuduz
017A	Kuduz Riskli Temas	Z20.3	Kuduza temas ve maruz kalma
017A	MeningokokkalHastalık	A39	Meningokokkenenfeksiyon
017A	Neonatal Tetanoz	A33	Yenidoğan tetanozu
017A	Poliomiyelit	A80	Akut poliomiyelit
017A	Sıtma	B53	Sıtma
017A	Sifiliz	A53	Sifiliz
017A	Şarbon	A22	Şarbon
017A	Şark Çıbanı	B55	Deri Leishmaniasisi
017A	Tetanoz	A35	Tetanoz,diğer
017A	Tifo	A01.0	Tifo
017A	Tüberküloz	A15-19	Tüberküloz

ICD: International Classification of Diseases.

Tablo 2. Form 017 B /International Classification of Diseases-10 (4)

FORM 017/B HASTALIK TÜRLERİ VE ADLARI		ICD-10 KODLARI VE ADI	
HASTALIK GRUP KOD	ADI	ICD-10 KODU	ADI
017B	Çiçek	B03	Çiçek
017B	Epidemik Tifüs	A75.0	Tifüs,Rickettsia prowazekii'ye bağlı epidemik bitle taşınan
017B	Veba	A20	Veba
017B	Sarı Humma	A95	Sarı humma

ICD: International Classification of Diseases.

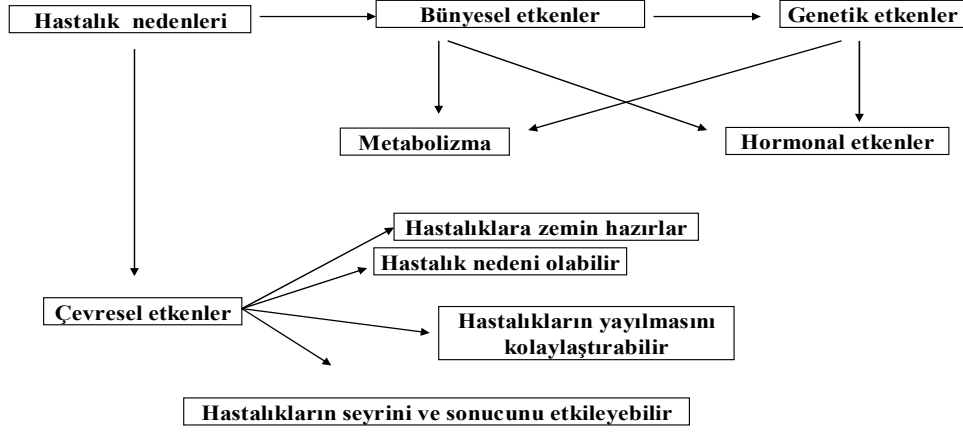
Tablo 3. Form 017 C/International Classification of Diseases-10 (4)

FORM 017/C HASTALIK TÜRLERİ VE ADLARI		ICD-10 KODLARI VE ADI	
HASTALIK GRUP KOD	ADI	ICD-10 KODU	ADI
017C	Akut Hemorajik Ateş Sendromu	A98	Kırım Kongo
017C	Ekinokokkoz(Kist Hidatik)	B67	Ekinokokkoz
017C	Haemophilus,İnfluenza Tip B(Hib)Menenjit	G00.0	Haemophilus influenza
017C	Kalaazar(Visceral Leishmaniazis)	B55.0	Viseral Leishmaniazis
017C	Konjenital Rubella	P35.0	Konjenital Kızamıkçık Sendromu
017C	Lejyoner Hastalığı	A48.1	Lejyoner hastalığı
017C	Lepra	A30	Lepra
017C	Leptospiroz	A27	Leptospiroz
017C	Subakut Sklerozan Panensefalit(SSPE)	A81.1	Subakut Sklerozan Panensefalit
017C	Şistozomiyaz	B65	Şistozomiyaz(bilharziyaz)
017C	Toksoplazmoz	B58	Toksoplazmoz
017C	Trahom	A71	Trahom
017C	Tularemi	A21	Tularemi
017C	Yeni Varyant Creutzfeldt-Jacob Hastalığı	A81.0	Creutzfeldt-Jakob hastalığı
017C	İnfluenza	J10	İnfluenza,belirlenmiş influenza virüsüne bağlı

ICD: International Classification of Diseases.

Hastalık Nedenleri ve Etkenleri

Hastalık nedenleri, yukarıda bahsedilen sınıflandırmanın dışında, bünyesel ve çevresel nedenler olmak üzere de iki grupta incelenebilir (5) (Şekil 1).



Şekil 1. Hastalık nedenleri (5)

1. Bünyesel nedenler: Gen, hormon ve metabolik kaynaklı olabilir. Bazı bünyesel nedenler bazı hastalıklar daha büyük oranda yakalanmaya yol açabilmektedir. Bunlar insan iç ortamı ile ilişkili bir durumdur. İnsan, dış çevrenin etkilerine genetik yapısı ile cevap vermektedir (5).

2. Çevresel nedenler:

a. Fiziksel nedenler: Sıcaklık, soğuk, ışın, travma, içme ve kullanma suyu, atıklar, konut sağlığı, iklim koşulları, hava ve su kirliliği, giyeceklerimiz, kamuya açık yerler, sağlığa az ya da çok zarar verebilme olasılığı olan kuruluşlar başlıca fiziksel çevre öğeleridir (5).

b. Kimyasal nedenler: Zehirler, kanser oluşuna neden olan bazı etkenler buna örnek verilebilir (5).

c. Temel madde eksiklikleri: Bazı maddeler vardır ki insanın sağlıklı olabilmesi ve hayatsal olayların yürütülebilmesi için dışarıdan alınmaları gerekir. İnsan ya da canlı bunu vücudundaki temel yapı taşlarından sentez edemez. Buna temel maddeler denmektedir. Vitaminler, esansiyel aminoasitler veya yağ asitleri, mineraller gibi (5).

d. Biyolojik etkenler: Mikroorganizmalar, mantarlar ve diğer etkenler biyolojik etkenleri oluşturur. Bunlar canlı vücudunda hastalık yapabilirler (5).

e. Psikolojik etkenler: Çağdaş yaşamda sık duyulan stres vb. (5).

f. Sosyal, kültürel ve ekonomik etkenler (5).

Bu durumda çevre:

1. Hastalıklar için zemin hazırlayabilir. Sözelimi iklim koşullarının solunum sistemi hastalıklarının artmasına yol açması, ortamda bulunan vektörlerin hastalıkların yayılımını kolaylaştırması gibi (2).

2. Çevre, doğrudan hastalık nedeni olabilir (2).

3. Çevre, bir kısım hastalıkların yayılmasını kolaylaştırabilir (2).

4. Bazı hastalıklar seyrini ve sonucunu etkileyebilir (2).

Bütün çevre olumsuzlukları her dört etkiye de neden olabilir. Sağlık açısından baktığımızda çevre üç ana grupta incelenir:

1. Fiziksel çevre

2. Biyolojik çevre

3. Sosyokültürel çevre

Hava, su, toprak kirlenmesi doğrudan hastalık nedeni olabildiği gibi, bir kısım hastalıkların yayılımını kolaylaştırabilir ya da bazı hastalıkların gidişini etkileyebilir. Fizik ve biyolojik çevre yakından ilişkilidir. Sözelimi iklim canlıların yaşaması ve çoğalmasıyla yakından ilişkilidir. Jeolojik ve coğrafik özellikler toplumlar arasındaki bağlantıyı oluşturmaktadır ve hastalık etkenlerinin yayılımıyla da yakından ilişkilidir (2).

Sağlık ve Sosyal Yapı Arasındaki İlişki

Sağlık ve sosyal yapı arasındaki ilişki en basit birim olan ev halkından başlayacak olursak; aynı evde yaşamakta olan bir öğrenci grubunun ortak tenceden yemeleri ve aynı koşulları paylaşmaları, bir çok sağlık sorununun da ortak olmasına neden olabilmektedir. Aynı evde yaşayan ev halkı üyelerinin davranışları, alışkanlıkları, tutumları diğerlerinin sağlığını da olumlu ya da olumsuz etkileyecektir. Diğerlerinin davranışlarını yönlendirici etkileri de bunlara katmak mümkündür (5).

Bulaşıcı olmayan hastalıklar için de aynı durum söz konusudur. Ailede bu daha belirgin hale gelir. Aile bireylerinden birisinin hastalanması, ailenin sosyal iyilik durumunu bozacaktır. Eğer hastalanan kişi ailenin gelir getirici üyelerinden birisi ve hastalıkla birlikte, söz konusu gelirin de kesilmesine neden olabilecek ise sorunun etkileri daha önemli boyutta olabilmektedir (5).

Sosyal birimler içerisindeki ilişkiler, kişinin sağlık ve hastalık olayları karşısındaki davranışında da belirleyici bir etmen olmaktadır. Kişilerin hastalandıklarında gösterdikleri davranışları, var olan sağlık hizmetlerinden yararlanma eğilimleri, bu eğilimi belirleyen kültürel ve toplumsal faktörler belirlenmesi gereken temel konular arasındadır.

Hasta ve sağlık personeli arasındaki ilişkiler, toplum bireylerinin beklentileri, bu beklentilerin giderilmesinde önemli olan etmenler, yine sosyal çevre öğelerinin önemli özellikleridir (5).

Giderek önemli bir kentleşme süreci yaşanmaktadır. Kırsal kesimden kentsel kesime olan göçler sosyal yaşantı ve değerlendirmelerde de önemli değişikliklerin nedeni olmaktadır. Kentsel yaşamın etkilerinin değişik sosyal yapıdaki toplum birimlerinde değerlendirilmesi sağlık davranışı, sağlık ve hastalık sonuçları ile ilgili yararlı bilgiler elde edebilmemizi de sağlayacaktır.

Sosyal saptamaların yerleşim yeri, ekonomik düzey, zaman vb. gibi bir çok etmen nedeniyle genellenebilmesinde güçlükler vardır. Ancak sağlık personelinin kendi çalışma bölgesi içerisinde asgari sosyal etmenleri bilmesi ve tanınması gerekmektedir.

Hastalıkların büyük çoğunluğunun davranış özellikleri ile yakından ilişkisi ve hazırlayıcı nedenler arasındaki çok yönlü bağlantı bilinmektedir. Bu kadar çok nedenli ve çok etkileşimli hastalıkların ortadan kaldırılmasında davranış değişikliği zorunludur. Bu ise kişisel çabalarla çözümlenemeyecek kadar karmaşık ve zor bir durumdur. Bu nedenle kişilerin daha önceden yapmadığı davranış alışkanlıklarını kazanması, öteden beri yaptığı bazı davranışlardan vazgeçmesi gerekmektedir (6).

Sosyal çevre: İnsan sağlığı çevre ile genetik örüntüsü arasındaki etkileşimin bir ürünüdür. Kişi daha döllenme anından başlayarak bir çok çevresel sorundan etkilenmektedir. Bu etkilenme doğumdan ölüme kadar çok değişik boyutlarda olmaktadır (6).

Çevrenin boyutları sınırsızdır. İnsan üzerindeki etkili olan, insana ulaşan tüm çevresel etmenleri kapsamaktadır. Bu nedenle çevre sağlığı olarak tanımlanan halk sağlığı alanı giderek daralırken, çevre hekimliği hemen hemen tüm ana klinik dalları kapsayacak boyutta gelişmektedir (6).

Çevresel etkenler giderek halk sağlığında daha büyük önem kazanmaktadır. Bu ağırlık bir yandan yeni çevresel etkenlerin etkili olmaya başlamasına bir yandan da diğer halk sağlığı sorunlarının kontrol edilmeye başlamasına bağlıdır.

Çevrede sağlığı doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyen önemli etkenler bulunmaktadır. Aynı zamanda çevre, bir yaşamı sürdürme ve sağlama sistemidir. Bu sistemin en temel öğeleri su, yiyecek ve barınaktır (6).

Diğer çevre sorunlarının çözümünde önemli adımlar atmış olan gelişmiş ülkelerde bile önemli sosyal çevre sorunları olabilir. Sağlıksız kentleşme, sosyal güvencenin kalkması, toplumsal dayanışmanın özellikle aile bireyleri arasındaki dayanışmanın kalkması önemli sosyal sorunlara yol açabilir (6).

Halk sağlığı uygulamalarının temel amacı hastalıkların önlenmesidir. Koruyucu hekimlik uygulamalarında, çevresel etmenlerin giderek artan bir önem kazandığı görülmektedir. Bu nedenle bir takım sorunların bire bir olarak bireysel çözümlerinden çok çevresel düzeyde ele alınarak çözülmesi daha gerçekçi bir yaklaşım olmaktadır. Gelişmiş ülkelerde ilkokula başlanarak sosyal çevre ile ilişkiler ve sosyal çevrenin hastalıklarla ve sağlıkla ilişkisi üzerinde durulmaktadır (6).

Kimi hastalıklar sağlıksız davranışların bir sonucudur. Kişinin bu sağlıksız davranışlarını sağlıklı olanları ile değiştirme etkin bir çözüm sağlamaktadır (6).

Sosyoekonomik düzey de hemen tüm sağlık sorunlarında önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Sosyoekonomik düzeyin düşmesine paralel olarak morbidite ve mortalite oranlarında büyük oranda artış olduğu gösterilmiştir (6).

Sosyal faktörlerin tek başına çevresel değerlendirmelerde ele alınmaya başlaması Durkheim'in intiharlarla ilgili klasik çalışması ile başlamıştır. Bu kitap hastalıkların sosyokültürel değerlendirmelerinde istatistiksel yöntemlerin sistemli ve organize kullanıldığı ilk örnek olarak tanımlanmaktadır (2).

Toplum terimi (society) belirli bir yerde, uzun süre varlığını sürdüren ve sürdürecektir olan, kendi kendine yeterli sosyal örgüt ve kurumları ile birlikte kişilerin oluşturduğu topluluk olarak tanımlanmaktadır (6).

Toplumun en küçük biriminin aile olduğunu belirtmiştir. Bunu küçük sosyal gruplar, örgütler, kurumlar, sosyal sınıflar ve tüm toplumu kapsayacak biçimde genişleyen diğer öğeler izlemektedir. Bu öğelerin sosyal bir destek öğesi olarak varlığı ya da yokluğu da önemli hastalık belirleyicileri arasında sayılmaktadır.

Kültür, kişinin içinde yaşadığı toplumun bir üyesi olarak toplumdan elde ettiği bilgi, inanç, sanat, ahlak, yasa kuralları, gelenek ve görenekler, alışkanlıklar ve yeteneklerin oluşturduğu karmaşık bir bütün olarak tanımlanmaktadır. Kişi ve kültür sürekli etkileşim içerisinde. Kültür, yaşayan ve sürekli değişen bir öğedir. İletişim, teknolojik değişme, kültürün değişmesine neden olmaktadır.

Aile: Bazı mikroorganizmalar aynı evde yaşayan kişilerden birini enfekte ettiğinde, aile içindeki diğer bireylere de kolayca geçebilir (Aile enfeksiyonları). Bu nedenle de hastalanan bireyle birlikte, tüm ailenin aynı anda tedaviye alınması gerekir. Örnek olarak skabies, pedikülozis, oksiyüriasis verilebilir. Aile içindeki hijyenin bozuk olmasına bağlıdır (7).

Toplum: Toplum; belirli bir yerde, uzun süre yaşamakta ve yaşayacak olan, kendi kendine yeterli, sosyal örgüt ve kurumları ile birlikte bireylerin oluşturduğu topluluktur. Toplum bireyleri çevre koşullarından birlikte etkilenirler (6).

Diğer sosyal çevre öğeleri: Aile dışında küçük sosyal gruplar, sosyal örgütler, sosyal sınıflar vardır. Özel bir görevi olan kişilerin belirli bir amaca ulaşabilmek için kurdukları sosyal birimlere sosyal örgüt denmektedir. Gönüllü dernekler, ticari kurum ve kuruluşlar sosyal örgüte örnek olarak verilebilir (6).

Temel sorunlarda ve değişen koşullarda davranışı yönlendiren kuralların uygulandığı örgütlere sosyal kurum denmektedir. Din, politika, ekonomi, sosyal kurumdur (6).

Toplumların üretim ilişkilerine ve sosyal araştırma amaçlarına göre sınıflara ayrılabilmesi de mümkündür. Gelir düzeyine göre yapılmış sınıflamalar, topluma yönelik birçok uygulamada temel hareket noktasını oluşturabilir (6).

Kişi, aile ortamı dahil, sosyal yapı, sosyal kurumlar ve toplumun özelliklerinden etkilenir, bireylerin ruhsal, bedensel ve sosyal bakımlardan tam bir iyilik halinde olabilmesinde yani sağlıklı olmasında sosyokültürel çevre öğeleri çok etkilidir (6).

BULAŞICI HASTALIKLAR

Bulaşıcı hastalık, özel bir enfeksiyöz etkenin ya da onun toksik ürünlerinin, bir kaynaktan duyarlı kişiye doğrudan ya da dolaylı olarak geçmesiyle oluşan, toplumsal bir sağlık sorunudur (7).

Etkenin üzerinde yaşadığı, yaşamını idame edebilmek için bağımlı olduğu, duyarlı bir konakçıya geçebilecek şekilde çoğaldığı, insan, hayvan, bitki gibi canlı ya da toprak gibi cansız varlıkların tümüne enfeksiyon kaynağı denir (2).

Toplum içinde görülen birçok mikrocanlı, klinik bulgu vermeden insan ya da hayvan üzerinde yaşayabilir, gelişebilir ve çoğalabilir. Bu duruma enfeksiyon adı verilir. Mikrocanlının ateş, kusma, halsizlik ve benzeri belirtiler vermesi durumuna ise, enfeksiyon hastalığı denilmektedir (7). Aralarındaki farkın bilinmesi önemlidir. Çünkü;

1- Her enfekte kişi hasta olmaz, dolayısıyla tedaviye de gereksinim duymaz. Aslında hastalık oluşturmak, insanda yerleşen enfeksiyon ajanının amacı değildir. Yaşamını ve üremesini asalak olarak sürdürebilmek için üzerinde yaşadığı canlıda gerçek bir denge oluşmasını yeğler. Ajanla insan arasındaki dengeyi sağlayan etmenler arasında ajanın enfektivitesi (bedene yerleşme ve üreme gücü) ve enfeksiyon dozu (hastalandırabilmek için gerekli en az ajan sayısı) ve insanın direnci önemlidir (7).

2- Enfekte kişiler, hastalara kıyasla etkeni daha fazla yayarlar. Bulaşıcı hastalığı olanların çoğunlukla belirgin semptom verdikleri için tedavi için başvurması söz konusudur. Tedavi, ayırım ya da ölüm gibi nedenlerle toplumu enfekte etmeleri hasta olmadan etkeni yayanlara göre daha azdır. Hasta olmayıp, yalnızca enfekte olan kişilere ise taşıyıcı denir (3).

Bundan sonraki bölümlere geçmeden önce bazı tanımları vurgulamakta fayda vardır:

Endemi; bir enfeksiyon etkeninin veya hastalığın belirli bir coğrafyada veya toplulukta sürekli görülmesi durumudur. Hastalığın o bölgede veya grupta alışılmış bir prevalansının olması da aynı mesajı verir (3). Yerleşim yerinde etkenin yaşamasına elverişli koşullar süreklilik taşıyorsa enfeksiyon kalıcı olur ve buna paralel biçimde sıklıkla hastalık olguları da görülür. Örnek: Sıtma, Çukurova'da endemiktir (3).

Epidemi; bir bölgede ya da toplumda hastalık olgularının o bölge için normal beklenenden daha çok görülmesidir.

1- Patlayıcı epidemiler (Kolera vb)

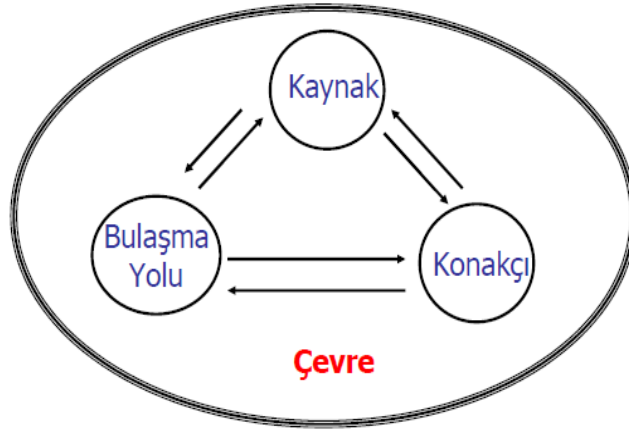
2- Bulaşıcı epidemiler (Kızamık vb)

Topluluk veya bölge ve zaman aralığı kesin olarak belirlenmelidir. Bir epideminin varlığını gösteren vakaların sayısı etkene ve maruz kalan popülasyonun büyüklüğü ve tipine göre değişir. Geçmişteki deneyimler veya hastalığın daha önce o bölgede hiç görülmemiş olması; olayın ortaya çıktığı yer ve zaman "epidemi" demek için önemlidir (3).

Pandemi; bir enfeksiyon etkeninin endemik olarak bulunduğu ya da epidemi yaptığı yöreden taşarak, beklenmeyen boyutlarda ve ülkelerarası salgına neden olması pandemi olarak adlandırılır (3). AIDS ve Kolera pandemileri buna örnek verilebilir.

Bulaşıcı Hastalıkların Epidemiyolojisi

Epidemiyoloji, normal koşullarda hastalığın nasıl oluştuğunu inceler. Konakçı, çevre ve etkene ait özellikleri inceleyerek, bu bilgileri hastalığın kontrolü için kullanacak yöntemleri araştırır. Birbirine bağlı çalışan bu üçlüye enfeksiyon zinciri denilmektedir (Şekil 2) (3).



Şekil 2. Enfeksiyon zinciri

Bulaşıcı hastalıkları kontrol edebilmek için bu zincirin kırılması gerekmektedir. Bu amaçla halk sağlığı bilimi bu zincirin halkalarına yönelik neler yapılabileceğine ilişkin bilgi üreterek, bulaşıcı hastalıkla mücadele yöntemlerini ortaya koymakta ve uygulamalarını sağlayıp izleyerek, ortaya konulan yöntemlerin ne ölçüde işe yaradığını da epidemiyolojik yöntemlerle test etmektedir (3).

Bulaşma Yolu

Bulaşıcı hastalıkların epidemiyolojisinde ve kontrolünde bulaşma yolu en önemli noktalardan biridir. Bulaşma doğrudan ve dolaylı bulaşma şeklinde iki türlü olur:

a. Doğrudan bulaşma: Hiçbir ara bulaşma yolu olmadan etkenin kaynaktan konağa geçmesine denir. Öpme, cinsel temas buna örnektir. Ayrıca droplet (damlacık) ile bulaşma da diğer bir örnektir. Öksürükle veya hapşırıkla püskürtülen damlacıklar 5 mikrondan büyük olup 30-60 cm uzağa giderek bu mesafedeki mukoza membranlarının üzerine konabilir ya da yere düşebilirler. Duyarlı dokuların toprak ya da bitkilerde bulunan mantar, bakteri sporları veya kancalı kurt gibi çeşitli parazitlere doğrudan teması da doğrudan bulaşmaya örnek olarak verilebilir (3).

b. Dolaylı bulaşma: Araçlar, vektörler ve hava ile bulaşmadır. Araçlar yoluyla bulaşmada canlı olmayan cisimler kastedilmektedir. Örnek olarak yatak takımları, yastık, havlu, tarak, toka, bardak, kaşık, terlikler, oyuncaklar, cerrahi aletler, kontamine gıdalar, su veya intravenöz verilen sıvılardır (3).

Damlacık çekirdeği (droplet nüklei) de başka bir dolaylı bulaşma yoludur. Damlacık çekirdeği damlacığın sulu kısmının bulaşmasıyla oluşur. Laboratuvar işlemleri veya mezbahalardaki hayvanların işlenmesi sırasında enfekte materyal aerosol şeklinde havaya karışabilmektedir. Çapı 5 mikrondan büyük olan partiküller akciğerlere ulaşamayıp üst solunum yollarında tutulmaktadır. Çapı 1-2 mikron olanların ise yaklaşık yarısı akciğerlerde kalmaktadır (3).

Bazı mikroorganizmalar birden fazla yolla da bulaşabilirler. Hepatit B, HIV cinsel temas, kan nakli gibi doğrudan bulaşma yolu ile bulaşırken, streptokoklar doğrudan veya dolaylı yolla bulaşabilmektedir (3).

Örneğin Tularemi etkeni olan *Pasturella tularensis* hem doğrudan hem dolaylı yolla bulaşabildiği halde, sadece oral yolla alındığında salgınlara neden olabilmektedir (3).

Konakçı

Enfeksiyon zincirinin üçüncü halkasıdır. Özellikle vücut direnci azalmış, kronik hastalığı olan, dengesiz beslenen, aşırı yorgun, alkol / sigara bağımlılığı olan ve bağışıklık sisteminin yetersiz olduğu kişiler, uygun konakçılardır. Konakçıya enfeksiyon etkeninin girdiği bir giriş yeri bulunur (2). Giriş yerleri şöyledir:

1-Deri: Sağlam deri (Örnek: Leptospiroz)

Yaralanmış deri (Örnek : Tetanoz)

2-Mukozalar: Konjonktiva (Örnek : Adenovirus Tip 8)

Vajinal mukoza (Örnek HPV)

3-Solunum sistemi (Örnek : Pnömonokok)

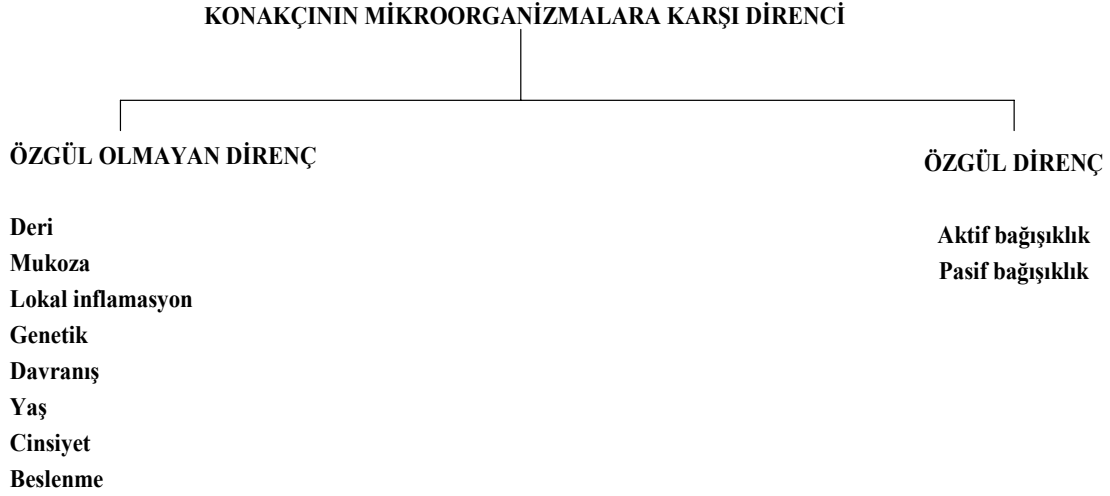
4-Sindirim sistemi (Örnek : *G.intestinalis*, *V.cholerae*)

5-Transplental (Örnek : Toksoplazma)

6-Organ nakli (Örnek : Sitomegalovirus)

Konakçının mikroorganizmalara karşı birçok savunma mekanizması vardır. Bu mekanizmalar, Tablo 4'te de belirtildiği gibi iki grupta incelenebilir:

Tablo 4. Konakçının mikroorganizmalara direnci



1-Özgül olmayan savunma mekanizmaları:

Deri: Epitel mekanik engel olup hastalık etkenlerinin vücuda girişini önlemektedir. Gözyaşı mekanik olarak uzaklaştırma yapar. Burun ve solunum yolu mukozası ve silli epitel ile mikroorganizmalara karşı bir filtre görevi görür (2).

Mukoza: Akciğerlerde havayolu lümeninde yer alan hastalık etkeni olabilecek pek çok mikroorganizmanın, öksürük ve hapşırma ile mukozal epitelyum hücreleri kaynaklı mukus salgıları ile birlikte mekanik olarak temizlenmesi buna örnek olarak verilebilir (2).

Lokal inflamasyon: Doku ve kan dolaşımı yoluyla çeşitli hücrelerin spesifik ve nonspesifik antikörlerin etkenin bulunduğu bölgeye taşınmasıyla lokal inflamasyon meydana gelir (2).

Genetik: Orak hücreli anemisi olanlarda *plazmodium falciparum* etkenli sıtma görülme riskinin çok az olması gibi bazı genetik özellikler hastalıklara direnç oluşturur (2).

Davranış: Sağlıklı davranışların da genel immüniteye etkisi var. Örneğin kişisel hijyen, hastalıkların oluşmasını önleyen önemli bir davranış biçimidir (2).

Yaş: Yaşanan süreye göre bazı hastalıklarla karşılaşma bağışık hale gelmesi önemlidir. Aşılama da hastalıklardan korunmada bir etkidir (2).

Cinsiyet: Kimi hastalıklar cinsiyet ayrımı yapabilmekte ve bir cinste daha fazla görülebilmektedir. Pekçok hastalıkta erkeklerde mortalite hızları ve kadınlarda morbidite hızları yüksek bulunmuştur (2).

Beslenme: En önemli özgül olmayan savunma mekanizmalarındandır. Sağlıklı beslenme intrauterin dönemde başlayıp, doğumdan sonra anne sütünün alınması maternal

antikor transferinin devamını sağlar. Beslenme, bulaşıcı hastalıklara karşı bir savunma mekanizması olmasının yanı sıra bulaşıcı hastalıkların da en fazla etkilediği savunma mekanizmalarındandır (2).

2-Özgül savunma mekanizmaları:

Bunlardan en önemlileri, hastalık etkenlerine karşı vücudun geliştirdiği spesifik antikorlardır. Hastalığı geçirerek veya dışarıdan antijen verilerek oluşturulabilmektedir. Aşılama ve hastalığı geçirmekle, aktif immünite sağlanır. Aktif immüntenin bir parçası olan hafıza cevabının gelişmesi ile de, kişinin daha sonra hastalık etkeni ile karşılaşması durumunda hızlı bir şekilde bu etkene karşı yanıt ortaya çıkar ve hastalık engellenir (2).

Enfeksiyon zincirine etki eden önemli bir faktör de çevredir. Etken, bulaşma yolu ve konakçının her üçünü birden etkileyebilecek faktörleri kapsar. Sıcaklık ve nem mikroorganizmaların büyüüp üremesini kolaylaştırır. Hava akımları sayesinde, mikroorganizmayı taşıyan partiküller daha uzak mesafelere yayılabilir. Nüfus yoğunluğu ve hava kirliliği, kişinin yaşadığı sosyal çevre, ekonomik durum ve hijyen, beslenme ve yaşama ortamı gibi durumlarda belirleyici bir etken olabilen gelenekler ile kişisel alışkanlıklar, konakçının direncini etkiler (2).

Çevrenin hastalıkların yayılmasındaki rolü büyüktür. Salgınlara varabilen kolay yayılımlar mümkündür. Bulaşıcı hastalıklarla ilgili epidemiyolojik çalışmalarda çevrenin özellikleri iyi belirlenmelidir (2).

Enfeksiyon Etkenin Özellikleri

Enfeksiyon etkenleri, viruslarda, protozoonlara kadar değişen çeşitli mikroorganizmalardır. Çok hücreli parazitlerin bir başka konakçıya yerleşmeleri de enfeksiyon olarak tanımlanabilir (2). Etkene ait özellikler şu şekilde sıralanabilir (2) :

1- Etkenin intrinsek özellikleri:

- Morfolojisi
- Tipi
- Suşu
- Yaşam döngüsü
- Çeşitli ortamlardaki direnci

2- Etkenin konağa yayılma ve yerleşme özellikleri:

İnfektivite: Etkenin sağlam kişiye ulaşabilme ve dokulara yerleşip üreyebilme özelliğidir.

Virülans: Etkenin insanda oluşturacağı hastalığın şiddetini tanımlar. Laboratuvar deneylerinde LD50 (deney hayvanlarının %50'sini öldüren mikroorganizma sayısına minimal latal doz denir) ile ölçülür (3).

Patojenite: Etkenin konakçının vücudundaki dokularda meydana getirebildiği patolojik reaksiyonlardır. Patojenite; etken ile karşılaşan kişiler arasında hastalık belirtisi gösteren kişilerin oranıdır. Bunlara ek olarak antijenite, toksijenite, tropizm, transmiabilite, egzotoksin veya endotoksinin varlığı da bir etkenin konakçıya yerleşme ve hastalık yapabilme özelliklerindedir (3).

Bulaşıcı Hastalığın Yol Açtığı Zararlar

Ekonomik kayıplar: Topluma yarar sağlayan ya da sağlayacak olan bir bireyin ölümü büyük ekonomik kayba neden olur. Bulaşıcı hastalıklarla mücadelede kişilerin hastalıktan korunmasının sağlanması, bireyin ölümünü önlemenin kolay, ucuz ve etkin bir yöntemidir (3).

Bulaşıcı hastalıklar tüm hastalıklar içinde en fazla işe, okula devamsızlığa, dolayısıyla toplumda işgücü kaybına neden olur. Hastalananları iyileştirme için yapılan harcamalar da ek bir ekonomik kayıptır (3).

Koruyucu sağlık hizmetleri hem daha az masraflı, hem de kişinin sağlıklı ve üretken durumda kalmasını sağladığından toplum için yeni kazançlar getirir (3).

Değerlerin kaybı: İnsanın ölümü, ailesi ve toplum için karşılığı hiçbir ölçüyle ölçülemeyecek ve giderilemeyecek duygusal çöküntüye yol açar. Değer kaybı olması için hastalığın mutlaka ölümle sonlanması gerekmez. Kolayca önlenebilen birçok bulaşıcı hastalık yeterli önlem alınmadığı için geniş bir topluma yayılarak geri dönüşü olmayan sakatlıklar bırakabilir (3).

Toplumsal işleyişin bozulması: Salgına dönüşen bir enfeksiyon hastalığı toplumsal işleyişi kötü yönde etkiler. Ülkemizde son yıllarda yaşanmaya başlanan enteritler, kolera, tularemi, kuş gribi, Kırım-Kongo kanamalı ateşi, H1N1 salgınları toplumda haklı korkuya yol açmıştır.

Toplumsal düzenin bozulması bazen gerçek bir nedene dayanırken bazen de yersiz korku ve kuşular sonucu oluşabilir. İnsanlar buldukları yerde kalmaya ya da yerleşim bölgesini terk etmeye mecbur kalabilir. Su kaynaklarından, ulaşım araçlarından ve eğlence yerlerinden faydalanma gerekli şekilde ya da gereksizce ortadan kalkabilir. Bireyler hastalıktan direkt etkilenmese bile toplum yaşamı bozulabilir. Oysa bulaşıcı hastalıkla

mücadele, toplumsal düzen kurulmadan başarılmaz. Toplumsal yaşamın bir kez bozulması durumunda da onların katılımını beklemek boşuna olur. Toplumun eğitimini sağlamak da zorlaşır. Ortaya çıkan karmaşa sonucu salgın başka bölgeleri de içine alacak tarzda, daha da yayılıp bir kısır döngü oluşur (3).

Toplum düzeninin sürdürülüp katılımın sağlanmasında, halkın doğru ve yeterli biçimde bilgilendirilmesi çok önemlidir. Sağlık örgütüne halka salgın konusunda yanlış ve eksik bilgi verilmesi öncelikle güven unsurunun ortadan kalkmasına neden olup iletişimin bozulmasına yol açar. Bu da günlük yaşamda alınması gereken önlemlerin alınmamasına ya da bu önlemlerin yeterince beklenen yararı sağlayamamasına neden olabilir. Birinci basamaktan başlayarak, tüm sağlık örgütünün halka, doğru ve güvenilir açıklamalar yapıp gerçekleri açıklaması gerekir. Fakat bulaşıcı hastalığa yakalanmış kimselerin kimlik bilgilerinin gizli tutulmasına özen gösterilmelidir. Açıklanırsa bu kişilerin zarar görmesi ya da toplumsal ayrıma uğrama gibi hoş olmayan durumlara rastlanabilir (3).

Sağlık örgütünün yürüttüğü rutin hizmetlerin aksaması: Günümüz sağlık örgütlenmesinde, özellikle birinci basamakta çağdaş yaklaşım, sağlık sorunlarının bütüncül olarak ele alınmasıdır.

Bulaşıcı hastalıkla mücadelenin hangi öncelikle değerlendirileceği, toplumun diğer sağlık sorunlarının önemine göre şekillenir. Gelişmiş toplumlarda bağ doku ve eklem sorunları, kalp hastalıkları ve kanser öncelikliken yeryüzünün büyük çoğunluğunda en önemli ve öncelikli sorun hala bulaşıcı hastalıklardır. Ülkemiz gibi kırsal kesimi enfeksiyon etkenleriyle iç içe olan ve halkın eğitim düzeyi yetersiz olan yerlerde bütüncül sağlık hizmeti ile evde ve alanda eğitim ağırlıklı koruyucu hizmet verilmelidir (3).

Bulaşıcı hastalık salgınlarının önlenememesi halinde eldeki tüm imkanlarda öncelik, salgın yapan bu hastalığa yönelir. Ana-çocuk sağlığı çalışmaları, aile planlaması uygulamaları, rutin hasta bakım hizmetleri durur, yataklı tedavi kurumların olanakları da bulaşıcı hastalığa yönelik kullanılmaya başlanır (3).

Bulaşıcı hastalıkların uluslararası yayılım kolaylığı: Bulaşıcı hastalık salgınları, günümüzde hızlanan ve artan uluslararası dolaşım nedeniyle sıklıkla uluslararası, bazen de kıtalararası yayılım gösterir.

Günümüzde çok büyük ve hızlı uçaklar bu hastalıkları saatler içerisinde bir başka kıtaya taşıyabilmektedir (jet kökenli hastalık). Böyle ani ortaya çıkan salgın durumlarında,

sağlık örgütü de hazırlıksız yakalanabilmekte, tanı koymada bile zorluk yaşanabilmektedir (3).

Bulaşıcı Hastalıklarda Korunma ve Kontrol

Bulaşıcı hastalıkların kontrolü ulusal ve uluslararası çalışmalarla etkili olabilir. Bulaşıcı hastalıkların korunma ve kontrolü hakkında yapılması gerekenler ve alınması gereken önlemler, Tablo 5'te gösterilmiştir. Bu önlemler, birincil ve ikincil korunma tedbirleri olmak üzere ikiye ayrılır. Bunları kısaca özetlersek, birincil koruma önlemleri, kişiyi hastalık etkeni ile karşılaşmadan önce alınan önlemler iken, ikincil koruma önlemleri ise; kişinin hastalık etkeni ile karşılaşması sonrasında, hastalık tablosunun ortaya çıkmasını engellemeye amaçlayan önlemlerdir (2).

Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü

1. Hava yolu ile bulaşan hastalıkların kontrolü: Bu gruba giren hastalık etkenlerinin çoğunu viruslar oluşturur. Üst solunum yollarında enfeksiyonlara neden olan çok sayıda virus (influenza, parainfluenza, adenovirus, rhinovirus, kızamık, kızamıkçık, suçiçeği, kabakulak, çiçek virusları...) organizmaya hava yoluyla girmektedir. Tüberküloz, boğmaca, difteri bakterileri, streptokok ve meningokoklar bu grupta en sık görülen bakterilerdir. Pnömoniye neden olan tüm bakteri, virus ve funguslar ile psittakozis etkeni klamidya da hava yoluyla bulaşır. Stafilokoklar ile şarbon, ruam, veba ve bruselloz, bazı durumlarda hava yoluyla da bulaşabilir (7).

Hava yoluyla bulaşan hastalıkların genel özellikleri şöyledir:

1-Kaynaktan çıkış yolu ve konağa giriş yolu, solunum yolu ile olmaktadır. Hemen tümü sekresyonların oral yolla alınmasıyla da geçebilir. Ya havada damlacık içinde bulunur ya da yere çökerek tozlara karışır, sonra da sağlam kişinin solunum yoluna girer (7). Kontamine olmuş gıda veya eşyalarla da bulaşabilir (2).

2-Toplumda en sık görülen hastalıkları oluştururlar. Sadece üst solunum yolu enfeksiyonları bile çok yüksek orandadır (7).

Tablo 5. Bulaşıcı hastalıklardan korunma ve kontrolüne ait müdahaleler (2)

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

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü.

3-Epidemi ve pandemiler yapar. Özellikle İnfluenza virusu suşları tüm dünyaya yayılan ve ilk başladığı yerin adı ile anılan pandemiler yapar (Hong Kong gribi, Asya Gribi gibi.) (7).

4-Mevsimsel özellik göstererek kış aylarında insidansları çok yükselir. Ancak H1N1 enfeksiyonu gibi kimileri mevsim gözetmeksizin salgınlar yapabilir (7).

5-Organizma direncinin düştüğü durumlarda daha kolay hastalığa neden olurlar. Tüm enfeksiyonlar için geçerli olan bu kural solunum yolu enfeksiyonları için daha belirgindir (7).

6-Kalabalık ve sıkışık yaşam tarzında daha sık görülürler. Dolayısıyla kentlerde sıktır. Oda başına düşen kişi sayısı arttıkça insidansları yükselir. Sinema,otobüs gibi toplu bulunulan ve hava akımının az olduğu yerlerde yayılım kolaylaşır. Okul, kışla gibi yerlerde salgınlar yaparlar (7).

Hava yolu ile bulaşan hastalıkların kontrolünde genellikle şöyle önlem alınır:

1-Hastalığın kaynağına yönelik olarak:

Kesin tanı: Virus enfeksiyonlarında kesin tanı virusun izolasyonu ya da serolojik bulgularla konur (2).

Hastalığın bildirimi: Bu sayede yayılmasını önleyecek önlemlerin zamanında alınması sağlanabilir (2).

Kaynağın bulunması (filyasyon): Yayılım hızlı olduğu ve bir anda aynı yerde bulunan çok sayıda kişi enfekte olabildiği için kaynağın bulunması oldukça güçtür (2). Bu gruptaki etkenlerin çoğunun kaynağı insan olmakla birlikte kuş gribi, klamidya, şarbon, ruam, veba gibi kimi etkenler de zoonoz olabilmektedir (2).

İzolasyon (ayırım): Bazı hastalıklarda gerekebilir (2). Viral enfeksiyonlar kısa sürede çok sayıda kişiye yayıldığı için ayırım uygulanması pratikte geçerli değildir. Klasik olarak bazı virüs hastalıklarında bulaştırma dönemi olarak kabul edilen iki-üç haftalık sürede ayırım önerilir, çocukların okula devamı önlenir (7).

Portör ve asemptomatik olguların bulunması: Bu ancak tarama ve mikrobiyolojik tanı yöntemleri ile mümkündür. Tüberküloz ve meningokoksik menenjitte önemlidir (2).

Hasta hayvanların bulunması: Kaynağın ortadan kaldırılması için hasta hayvanların belirlenip kontrolü gerekir (2).

2-Hastalığın bulaşma yoluna yönelik önlemler:

Bazı etkenlerde (streptokok, meningokok gibi) bu yöntemle önlem çok önemli olmasına karşılık, genel olarak bu grupta etkin yöntem sayılmaz. Belirtilen bu iki etken sıkışık yaşam koşulları ile yakından bağlantılıdır. Aynı odada yaşayan insan sayısı arttıkça hastalık bulaşma riski de artar. Kişi başına düşen hava hacmi arttırılırsa bulaştırma riski azaltılmış olur. Hava yolu ile bulaşmada yüzyüze soluma önemlidir. Çocuklar birbirinden uzak ve ayrı yataklarda; bu sağlanamayacaksa aynı yatakta birinin başı diğerinin ayağına rastlayacak

biçimde yatırılmalıdır. Okul, yurt, kışla, cezaevi gibi toplu yatılan yerlerde de yatak araları geniş tutulmalıdır (8).

Sağlık eğitimi: Öksürüp hapşırırken nasıl davranılacağı, kalabalık yerlere salgın sırasında girmeme eğitimi gibi davranış tarzları öğretilmelidir (8).

Çevre koşullarının düzeltilmesi: Toz düzeyinin en aza indirilmesi ve evlerin sıkça havalandırılması önlemleridir (8).

Dezenfeksiyon: Tüberküloz ve difteri kontrolünde çok önemlidir. Dezenfeksiyon sayesinde toplu bulunan yerlerde hastalığın yayılması engellenebilir (8).

3-Konakçıya yönelik önlemler:

Beslenme: Beslenmesi bozuk olanlarda, enfeksiyon hastalıkları daha ağır seyrederek. Bu nedenle beslenmenin yeri önemlidir (8).

4-Bağışıklama:

Aşılama: Aşılama, hava ile bulaşan hastalıklarda hastalık çıkmadan önce alınabilecek en etkin yöntemdir (8).

Seroprofilaksi: Özellikle viral hastalıklarda uygulanır. Aşısı olmayan hastalıklarda ya da aşının sağlanamadığı durumlarda , hasta ile yakın teması olan ya da hastalık riski bulunanlara, etken ile temasın olduğu ilk gün yapılması gereken immunglobulin tedavisi (hepatit B enfeksiyon şüphesinde olduğu gibi) buna örnek verilebilir (8).

Kemoprofilaksi: Bakterial hastalıklarda etkin olarak kullanılır. Gonorede penisilin ve leprada da dapson tedavileri buna örnek verilebilir (8).

2. Su ve besinle bulaşan hastalıkların kontrolü: Tifo, salmonellozis, paratifo, basilli dizanteri, amipli dizanteri, kolera, çocuk yaz ishalleri, stafilokoksik gıda zehirlenmesi, botulismus, askariazis, oksiyüriazis, teniazis, giardiazis, hidatidozis, hepatit A, poliomyelit bu grupta en sık rastlanılan hastalıklardır. Tüberküloz, streptokok enfeksiyonları, leptospiroz, şarbon, toksoplazma, ankilostoma da bu gruba girebilir. Zoonozlar arasında sınıflandırıldığından süt ve süt ürünleri ile geçtiği zaman zaman unutulmuş brusellozis ülkemiz için çok önemli bir sağlık sorunudur (7).

Etken, hasta kişilerin dışkı ve idrarı ile kontamine olan su ve besinlerin ağız yoluyla alınmasıyla bulaşır (7).

Bu gruptaki hastalıkların genel özellikleri şöyledir:

1-Genel kullanımdaki maddelerle bulaşma: İlk akla gelen sudur. Hızlı başlangıçlı, toplumun önemli bir kısmını etkileyen, bir süre sonra hızla gerileyen salgınlara yol açar (Patlayıcı epidemi) (2). Genellikle fekal-oral yolla bulaşırlar. Çoğunluğu dışkı (bazen idrar) ile atılır, kontamine olan su ve besinler aracılığıyla sağlam kişiyi ağız yoluyla enfekte ederler (7).

2-Sıklıkla epidemilere, pandemilere neden olurlar. Tek bir kaynaktan geçen çok sayıda etken, suda ve besin maddelerinde hızla çoğalarak onbinlerce kişiyi enfekte edebilir. Özellikle suya geçme durumunda, patlama şeklinde salgınlar oluşur. Sadece besinlerin kontamine olması durumunda yayılma daha yavaştır (7).

3-Endemik olma riskleri fazladır. Belirli iklim koşullarını ve özellikle kötü hijyenik koşulları severler (7).

4-Kötü ekonomik ve toplumsal koşulların göstergesidirler. Kirli suların, açık helaların, açıkta satılan yiyeceklerin, sinek-hamamböceği gibi vektörlerin bulunduğu, özellikle kişilerin temizlik alışkanlıkları ya da olanaklarının az olduğu toplumlarda daha sık görülürler. Sosyoekonomik düzey yükseldikçe insidansları azalır. Bu nedenlerle yalnızca sağlık örgütünün çabalarıyla önlenmeleri çok güçtür, tüm kamu sektörünün ve halkın etkin katılımını gerektirir (7).

5-Genellikle yaz aylarında daha sık görülürler.

6-Enfeksiyon zincirinin kırılmasında en etkin ve kalıcı yaklaşım, bulaşma yollarının kesilmesi bir başka deyişle, olumsuz çevresel etmenlerin ortadan kaldırılmasıdır (7).

Yazın etkenin kolay üreyebilmesiyle bu grup hastalıklar, ilkbahar, yaz ve sonbahar aylarında daha sık görülür. Bu hastalıkların kontrolünde genel ilkeler şöyledir:

1-Kaynağa yönelik önlemler:

Hastalık kaynağı insan ise tedavisi gerekir. Kaynağın hayvan olduğu durumlarda veteriner örgütü ile işbirliği zorunludur. Cansız varlıkların kaynak olduğu durumlarda dezenfeksiyon önemlidir (2).

Bildirim, izolasyon, kesin tanı, tedavi, taşıyıcı aranması, filyasyon aranması ve dezenfeksiyon; yapılması gereken diğer önemli basamaklardır (7).

2-Bulaşma yoluna yönelik kontrol önlemleri:

Çevre koşullarının düzeltilmesi: Bu gruba giren hastalıkların yayılımının durdurulmasında en önemli yoldur. Çevrenin olumlu hale getirilmesi, atıkların sağlıklı şekilde yok edilmesi, suyun dezenfeksiyonu, vektörlerin ortadan kaldırılması, besin sanitasyonu ve

kişisel hijyenin bir yaşam biçimi haline getirilmesi önemlidir (2). Sosyokültürel ve sosyoekonomik gelişim sağlanmalıdır (7).

İçme ve kullanma suları önemlidir: Yöredeki tüm sulardan bakteriolojik analiz için örnek alınır. Önceden alınmış olan örneklerin sonuçları değerlendirilir. Borularda sızıntı varsa acilen onartılır. Suyun kesintisiz akması sağlanır. Bunun için laboratuardan ya da Sağlık Müdürlüğü'nden sağlanan bir litrelik özel steril şişeler kullanılır. Her tür su kaynağı uygun teknikle klorlanır. Gerekirse bireysel klorlama uygulanır. Klorlama yapılamıyorsa içilecek su en az 10 dk. kaynatılmalı ve ağzı kapalı olarak saklanmalıdır (7).

Helalar ve diğer akıntılar: Açık helalar belirlenir, gerekirse zor kullanılarak derhal düzeltilmesi sağlanır. Açıkta akan lağım sularının üzerleri kapatılır. Hela deliklerine, sızıntı suların bulunduğu yerlere kireç kaymağı dökülür (7).

Çöplük ve gübrelikler: Büyük kentlerde çöplüklere atılan kullanılmış malzeme, nitelik yönünden kırsal alandakinden oldukça farklıdır. Cam şişeler, teneke kutular, kağıt ve plastikler çoğunluğu oluşturur. Genellikle daha kuru malzeme atıldığından çevreyi kirletme, koku, vektör, toplama gibi sorunlar kısmen azalmıştır (7).

Gecekondu bölgelerindeki başlıca katı atıklar arasında organik ve çürüyebilir bitkisel ve hayvansal madde atıklar, kağıt, yün paçavra gibi yanabilen maddeler, cam, madensel ve porselen kaplar, toprak yollardan kalkan toz ve diğer süprüntüler, küller, hayvan atıklarıdır. Söz konusu atıkların yol ve ev çevresinde yoğunlaşması önemli bir tehlike kaynağıdır (7).

Kırsal alanda çöp miktarı olarak az olmasına rağmen kapsamında çoğunlukla yiyecek artıkları, yani organik maddeler bulunduğu için ve kentlerdeki gibi sistemli toplanıp imha edilmediği için daha büyük sorun oluşturur. Pis görünüm ve koku sakıncaları yanında karasinek ve hamamböceği gibi vektörleri, fare gibi kemiricileri toplaması açısından ciddi sağlık sorunları meydana gelir. Küçük yerleşim yerlerinde çöplerin imhası için en uygun yöntemler; çöplerin yakılması veya gömülmesidir (7).

Gübrelikler: Özellikle kırsal kesimlerde çok önemli bir çevre sorunudur. Düzeltilmesi için en önemli koşul, bunun ne denli önemli bir sağlık sorunu olduğunun halka öğretilmesidir.

3-Konakçıya yönelik önlemler: Bunlar ana başlıklar halinde sıralanırsa; aşılama, kişisel hijyen, seroproflaksi, sağlık eğitimidir (2).

3. Doğrudan temasla bulaşan hastalıkların kontrolü: Bunlar; hastalık etkenlerinin, sağlam veya yaralanmış deri veya mukozadan girmesi yoluyla bulaştığı enfeksiyonlardır (7).

Bu grup hastalıklarda kendi aralarında; sporadik (tetanoz, lepra, kuduz gibi), aile hastalığı (scabies, pediküloz), endemik (trahom) hastalıklar olarak ayrılabilir. Kaynak teşkil eden varlık veya insan sadece temasta bulunduğu yakın çevresini kontamine edebilir. Hava ve su/besinlerle bulaşan hastalıklara göre zaman içinde yavaş bir yayılım gösterir. Kuduz, tetanoz ve şarbon gibi zoonotik etkenler ile temas sonrası deri ve mukoza sağlam ise bulaş gerçekleşmez. Geçiş genellikle insandan insandır. Bazı hastalıklarda aracı olarak havlu, çarşaf gibi eşyalar (skabies, pediküloz), bazısında ise karasinek gibi vektörler (trahom, impetigo) rol oynayabilir. Toplumsal gelişme ile yakın ilişkilidir. Yoksulluk, sıkışık yaşama ve kalabalık aile durumlarında sıklığı artar. Bunun yanında, kişisel hijyen ve temizlik alışkanlıkları ile de yakın ilişkilidir. Temizlik koşullarının sağlanması ve temizlik alışkanlığının geliştirilmesi ile kontrol altına alınabilir. Bunlar gibi hastalıkların kontrolü için filyasyon, kesin tanı, bildirim, iyileştirme, ayırım, taşıyıcı aranması ve sağlık eğitimi gibi önlemler alınmalıdır (7).

4. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların kontrolü: Hasta ya da taşıyıcı kişiden konakçıya etkenin cinsel temasla bulaştığı hastalıklardır. Topluma verdikleri en önemli zararlar şunlardır:

- 1-İnfertilite
- 2-Ektopik gebelik.
- 3-Kronik karın ağrıları
- 4-Çeşitli malign hastalıklar (2).

Çok eşlilik, birden fazla cinsel eş olması, genelev kadınları ve müşterileri, fazla sayıda cinsel eş değiştirmek, hastalık belirtisi olan kişilerle ilişki, eğitim eksikliği, prezervatif kullanımının az olması, cinsel yönden bulaşıcı hastalıklar açısından önemli risk gruplarıdır.

Her türlü cinsel temas en önemli bulaş yoludur. Ortak özellik olarak hemen bütün cinsel yolla bulaşan hastalık etkenleri kimyasal ve fiziksel faktörlere duyarlıdır. Pratik açıdan çevrede serbest olarak asla bulunamazlar. Bilinen bir hayvan rezervuar yoktur. Bu nedenle asemptomatik taşıyıcı kişiler en önemli rezervuardır (2).

İnfeksiyon zincirine göre kontrol yöntemleri şöyledir:

1-Kaynağa yönelik önlemler: En önemli kontrol yöntemidir (2). Bu hastalıklara karşı alınacak önlemler için de filyasyon çok önemlidir (7). Tüm bulaşıcı hastalıklar içinde hastalığa kaynaklık eden ve bulaştıran kişinin saptanmasının en önemli olduğu grup cinsel ilişkiyle bulaşan hastalıklardır. Kaynak, hasta ve taşıyıcılarıdır. Jinekolojik veya ürolojik

nedenlerle başvuran hastalarda cinsel yolla bulaşan hastalıkları arayarak daha fazla vaka veya taşıyıcı bulunabilir (2). Önemli bir bulaş kaynağı olan genelevler ve hayat kadınlarının da periyodik bir şekilde kontrolü ve muayenesi cinsel yönden bulaşıcı hastalıklarla mücadelede önemli ve gereklidir.

2-Bulaşma yoluna yönelik önlemler: Riskli davranışların önlenmesi, sağlık eğitimi ve danışmanlık önemlidir. Kondom kullanımı da bulaşma yolunu engelleyecek önemli bir korunma yöntemidir (2).

3-Konakçıya yönelik önlemler: Etkili bir sağlık eğitimi ile sağlam kişilerin bu hastalıklardan nasıl korunacakları öğretilmelidir. Özellikle ana sağlığı ve aile planlaması hizmeti veren yerlerde cinsel yolla bulaşan hastalıklara tanı koyabilecek birinci basamak laboratuvar hizmeti verilmesiyle, referans laboratuvarlarca ve sağlık kurumlarınca desteklenmeleriyle, eğitim ve danışmanlık hizmetleriyle morbiditenin düşmesi sağlanabilir (2).

5. Zoonotik hastalıkların kontrolü: Omurgalı hayvanlardan insanlara bulaşan hastalıklara zoonoz denir. Bunların kontrolünde veteriner örgütü ile işbirliği yapılmalıdır (2). Zoonozların kontrolüne yönelik başlıca yöntemler şöyledir:

1-Kaynağa yönelik önlemler: Öncelikle, hasta hayvanların kontrolü önemlidir. Hayvanların hastalanmalarını önleyecek önlemler, hayvanların ıslahı, vahşi ve kemirici hayvanlarla mücadele gibi işlerde veteriner örgütüne önemli görevler düşmektedir (2).

2-Bulaşma yoluna yönelik kontrol önlemleri: Bulaşma; hava, su, besinlerle ve temas yoluyla olabilmektedir. Hasta hayvanların et, süt gibi ürünleri kullanılmamalı, atıkları ile temastan korunulmalıdır. Hayvan kesim yerleri iyi kontrol edilmelidir. Kuduz gibi temasla bulaşan zoonozlarda konakçı ile teması kesip çevreye yönelik önlemler alınmalıdır (2).

3-Konakçıya yönelik önlemler: Konakla etken arasındaki ilişkiler iyi bilinmelidir. İyi bir sağlık hizmeti verilen bölgede sık görülen veya görülebilecek zoonotik hastalıklar bilinmeli, tanı ve tedavi yöntemleri etkili hale getirilmeli, ilgili kurumlarla (veteriner, belediye, muhtar, gönüllü kuruluşlar, sivil toplum örgütleri ve meslek kuruluşları ile) işbirliği yapılmalıdır (2).

6. Vektörlerle bulaşan hastalıkların kontrolü: Sinek, bit, kene, fare gibi bazı hayvanlar, pek çok bulaşıcı hastalık için önemli birer taşıyıcı olup bunlar genel olarak *vektör* olarak sınıflandırılırlar. Vektörler, hastalık etkenini mekanik veya biyolojik olarak taşıyarak bulaştırabilir. Mekanik taşımada vektörün kanat, ayak ya da diğer organları, konduğu zeminden kontamine olarak etkeni başka başka alanlara taşıyabilir. Vektör yoluyla olan

biyolojik taşımada ise, konakçıya bulaştırmadan önce etkenin vektörün bünyesinde yaşam siklusunun bir bölümünü zorunlu olarak geçirir. Bu dönem; ekstrensek inkübasyon süresi olarak adlandırılır. Bunun tamamlanmasından sonra vektör bulaştırıcı hale geçer (2).

Bazı mikroorganizmalar, bazı hayvanlarda gelişimlerini tamamlayarak olgunlaşırlar ve insanda hastalık oluştururlar. Ülkemiz için önemli bir vektör sıtma mikrobunun yaşam siklusu buna örnek verilebilir.

Vektörler hastalığı iki türlü bulaştırır:

1-Mekanik bulaşma: Kanatları veya bacakları vasıtasıyla etkenin mekanik olarak taşınması ve bulaştırılması,

2-Biyolojik bulaşma:Etkenin vektörün vücuduna girmesi ve burada biyolojik değişime uğramasıyla konakçıya bulaşması (2).

Sıtma ile savaş ülkemizde bir sağlık politikası olmakla birlikte çok ta başarılı olunulamamaktadır.

Kala azar, trahom, layşmanyazis de ülkemiz için halen sorun olan, vektörlerle bulaşan hastalıklardır.

Vektörlerle bulaşan ve toplum yönünden önemli olan belli başlı hastalıkları şu başlıklar halinde sıralayabiliriz:

1. Bakterisel: Veba, hummai racia
2. Viral: Ensefalitler ve deng ateşi
3. Riketsiyal: Tifüs ve Q humması
4. Protozoal: Sıtma, layşmanyazis, tripanozomiyazis
5. Parazitik: Filaryazis ve onikoserkozis (2).

Etkeninin cinsine göre de vektörlerle bulaşabilen hastalıklar da şu şekilde sıralanır:

1. Sinekler: İshal, dizanteri, konjunktivit, tifo, kolera, sinek larva ve enfestasyonları,
2. Sivrisinekler: Sıtma, ensefalit, sarı ateş (kentsel bölgede), dang, filaryazis.
3. Bit: Epidemik tifüs, bit dönücü ateşi, siper ateşi.
4. Pire: Veba, endemik tifüs.
5. Mite: Uyuz, riketsiyal çiçek, çalılık tifüsü.
6. Kene: Kene felci, Lyme hastalığı, kene dönücü ateşi, kayalık dağlar benekli ateşi, tularemi.
7. Tahtakurusu: Chagas hastalığı.
8. Kemiriciler: Fare ısırığı hastalığı, leptospirozis, salmonellozis (7).

Vektörler değişik coğrafya ve iklim özelliklerinde yaşama gücü çektiklerinden dünyanın belli bölgelerinde yerleşmiş durumdadır (7).

Vektörlerle mücadele oldukça zordur. Bunların hızlı üreme kapasiteleri, kimyasallara karşı kısa sürede direnç kazanmalarını sağlamaktadır. Vektör üreme bölgelerinin ortadan kaldırılması temel uygulamalardan biridir ancak bunu yaparken ekolojik dengenin bozulmaması gerekmektedir. Seçilen insektisit diğer canlılara zarar vermemesi, çevre kirliliğine yol açmaması, su ve gıdalara bulaşmaması sağlanmalıdır.

1-Kaynağa karşı alınacak önlemler: Bildirim,izolasyon, kesin tanı, tedavi (2).

2-Bulaşma yoluna yönelik önlemler: Vektörlerle mücadele en önde gelir. Vektör biyolojisi ile ilgili mesleklerle işbirliği yapılmalıdır (2).

3-Konakçıya yönelik önlemler:

Aşı: Sarı humma ve epidemik tifüsten korunmada aşı kullanılmaktadır.

Kemoproflaksi: Geçici bir yöntemdir. Salgın veya hastalığın hiperendemik olduğu bölgelere gidenlere yapılması gerekir.

Sağlık eğitimi: Toplumun, vektör üremesine yönelik sağlık eğitimi önemlidir (2).

7. Kan yolu ile bulaşan hastalıkların kontrolü: Enfekte kan ve kan ürünlerinin duyarlı kişiye nakli ile ortaya çıkar. Kan yoluyla bulaşan hastalıkların kontrol yöntemleri şöyledir:

1-Kaynağa yönelik önlemler: Hasta ve taşıyıcılar bulunmalı, tedavileri yapılmalıdır (2).

2-Bulaşma yoluna yönelik önlemler: Genellikle doğrudan bulaşma olur. Kirlenmiş malzeme ile de bulaşabilir. Enjektör gibi malzemelerin bir kez kullanılıp atılan türden olması şarttır.

Tıbbi cihazların sterilizasyonu önemlidir. Kan bulaşan yerlerin ve ameliyat örtülerinin hemen temizlenmesi lazımdır. Kan bankalarında kan ve kan ürünleri etkene ait antijenin olup olmadığı kontrol edildikten sonra kullanılmalıdır. Antijenin bulunması durumunda kanlar imha edilmelidir (2).

Yurtdışından ithal kan ve kan ürünleri uluslar arası referans laboratuarda kontrol edilmelidir. Gelen doku ve organlarda sahibinin kan yoluyla bulaşan bir hastalığı olmadığına dair belge istenmelidir (2).

3-Konakçıya yönelik önlemler: Sağlık eğitimi ile hastalık hakkında bilgi edinilmesi, bulaşma yolları ve korunma yöntemlerinin öğrenilmesi önemlidir. Bazı hastalıklara karşı aşılama, seroproflaksi, kemoproflaksi yapılabilir (2).

YENİ GÖRÜLEN ENFEKSİYONLAR

Mikroorganizmaların dünyası komplekstir, dinamiktir ve sürekli gelişmektedir. Hızla çoğalıp, sıkça mutasyona uğrayarak yeni çevresel şartlara ve konaklar hızla adapte olma özelliği taşımaktadırlar. Yayılım ve değişim bakımından çeşitli yolları bulunan mikroorganizmalar, kullanılan ilaçlara karşı direnç geliştirebilmektedir. Bu doğal fenomen, kendi dünyalarının dengesini de etkileyerek, insandan insana bulaş açısından ideal şartlar oluşturmakta, böcekler ve diğer vektörler için yeni beslenme alanları oluşturabilmektedir (9).

Hızla artan nüfus, göç sorunu, sağlık sistemlerinin yetersizliği, çevresel etkileşimler, değişen tarımsal şartlar, farklılaşan hava koşulları, ilaçların yanlış kullanımı da mikroorganizmaların yayılıp epidemiyolojik değişiminde rol oynamaktadır. Değişen bu şartlar, doğada yüzyıllar boyunca denge içinde yaşayan patojenler ve konakçılarla ilgili ekolojik sistemlerin de bozulmasına yol açmaktadır (9).

Enfeksiyon hastalıkları, yaş, cinsiyet, yaşam tarzı, etnik köken ve sosyoekonomik duruma bakmaksızın insanlık için önemli bir problem olmaya devam etmektedirler. Hastalık ve ölümlere sebep olup ülke ekonomilerine de büyük yük getirmektedir (2).

Enfeksiyon hastalıklarının önceleri stabil olduğu düşünülen epidemiyolojik ve demografik özellikleri hızla değişmektedir. Küreselleşmenin bir sonucu olarak, uluslar arası yolculuklar, patojen yayılımını kolaylaştırıp yayılım hızını artırarak salgınlara yol açmaktadır. Bunların sonucu olarak da yeni (emerging) ve yeniden gündeme gelen (re-emerging) enfeksiyon hastalıkları hızla artmaktadır (9).

Yeni Görülen Enfeksiyonlar Kavramı (Emerging Infections)

İlk kez tanımlanan (HIV-AIDS, Ebola gibi yada yeni tanımlanmayan, ancak yeni coğrafik alanlarda aniden artan sıklıkla görülen enfeksiyonlardır (Dang, influenza benzeri hastalığa yol açan ve ölümcül olabilen sivrisinek kaynaklı viral hastalıklar gibi) (9).

Yeniden Gündeme Gelen Hastalık Kavramı (Re-emerging Infections)

Uzun süredir görülmeyen ya da çok nadir görülen ve aniden tekrar ortaya çıkan enfeksiyonlardır (Difteri, kolera, sarı humma, tüberküloz gibi) (2,9).

Enfeksiyon Hastalıklarının Yeniden Gündeme Gelmesinin Nedenleri

Pekçok etken, enfeksiyon hastalıklarının yeniden gündeme gelmesine yol açmıştır. Aşağıda bunlardan bazıları, örnekleri ile sıralanmışlardır:

Ekolojik değişiklikler; tarım, barajlar, su ekosistemlerinde değişiklikler, iklim değişiklikleri

-Örnek: Şistozomiyazis (barajlar), Rift Valley ateşi (barajlar), Arjantin hemorajik ateşi (tarım) (9).

İnsan demografikleri ve davranış değişiklikleri; sosyal olaylar, nüfus artışı, göçler, savaş, kentleşme, cinsel davranışlar, damarıçi ilaç kullanımı.

-Örnek: Dang yayılımı, AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıkların yayılımı (9).

Uluslararası seyahatler ve ticaret; Dünya çapında malzeme ve insan hareketleri, hava yolculukları.

-Örnek: Malarya, sivrisinek vektörlerin yayılımı, Hanta virüs, Güney Afrika'nın kolerayla tanışması, *V.cholera* 0139'un yayılımı (9).

Teknoloji ve endüstri; gıda ürünlerini küreselleşmesi, gıda sunumu ve paketlemede değişiklikler, organ ve doku nakli, immünsüpresyona neden olan ilaçlar, antibiyotik kullanımı (9).

-Örnek: Hemolitik Üremik sendrom (hamburger etlerinde *E.Coli* kontaminasyonu), Bovine Spongiform Ensefalopati (Creutzfeldt-jakob hastalığı), transfüzyon hepatiti (Hepatit B ve C), immünsuprese hastalarda oportunitik enfeksiyonlar (9).

Mikrobik adaptasyon ve değişim; Çevresel seleksiyona yanıt olarak mikrobiyal değişim (9).

-Örnek: Antibiyotiğe dirençli bakteriler, influenza virüsünde antijenik drift (9).

Halk sağlığı programlarının aksatılması; Koruma programlarının azalması, ihmali, yetersiz sanitasyon ve yetersiz vektör kontrolü

-Örnek: Amerika'da Tüberküloz, Afrika'daki göçmen kamplarında kolera, Rusya'da difteri (9).

Son Yirmi Yılda Görülen Yeni ve Yeniden Gündeme Gelen Hastalıklar ve Yeniden Ortaya Çıkmalarına Eşlik Eden Faktörler

Viral

-Kuduz: Toplum sağlığı programlarının aksatılması, toprak kullanımında değişiklikler, seyahatler.

-Dang/Dang Hemorajik ateşi: Taşımacılık, seyahat ve göçler.

-Sarı Humma: İlaç ve insektisid direnci, ekonomik kayıplar, iç savaşlar, vektör sivrisinek oluşumunu artıran durumlar.

- Arjantin, Bolivya Hemorajik Ateşi: Kemirgen konakları artıran tarımsal şartlar.
- Bovine Spongiform Ensefalopati: Gıda sunum yöntemlerindeki değişiklikler.
- Ebola, Marburg: Bilinmiyor.
- Hanata virüsleri: Kemirgen konakçılarla teması artıran ekolojik ve çevresel değişiklikler.
- Hepatit B, C: Transfüzyonlar, organ transplantasyonları, kontamine aletler (IV ilaç kullanımı vb.), cinsel geçiş, anneden bebeğe vertikal geçiş.
- HIV: Göçler, seyahatler, cinsel geçiş, anneden bebeğe vertikal geçiş, kontamine aletler, transfüzyonlar, organ transplantasyonları.
- İnfluenza(pandemik): Avian ve mammalian influenza türlerinin genetik karışımı.
- Lassa Ateşi: Kentleşme.
- Rift Valley Ateşi: Baraj yapımı, tarım, sulama (9).

Bakteriyel

- Grup A Streptokoklar (invaziv): Eldeki ipuçları yetersiz.
- Siper Ateşi: Toplum sağlığı programlarının aksatılması.
- Veba: Ekonomik gelişme, toprak kullanımı.
- Difteri: Siyasi değişikliklere bağlı olarak aşılama programlarının tamamlanamaması.
- Tüberküloz: İnsan demografikleri ve davranışı, endüstri ve teknoloji, uluslararası ticaret ve seyahatler, toplum sağlığı programlarının aksaması, mikrobik adaptasyon.
- Boğmaca: Enjeksiyonlar ve aşuların güvenilir olmadığına inanılan bazı ülkelerde aşı uygulamasına direnç.
- Salmonella: Endüstri ve teknoloji, insan demografikleri ve davranış değişiklikleri, mikrobik adaptasyon, gıda değişiklikleri.
- Enterohemorajik E.Coli 0157 (Hemolitik üremik sendrom): Gıda sunumu teknolojisindeki değişiklikler, taşımacılık.
- Pnömonok: İnsan demografikleri, mikrobik adaptasyon, uluslar arası ticaret ve seyahatler, antibiyotiklerin fazla ve uygunsuz kullanımı.
- Kolera: Seyahatler (Asya'dan Avrupa'ya gemi yolculuğu ile yeni bir tür *V.cholera* 0139 taşınmıştır.
- Toksik Şok Sendromu (Stafilokok aureus): Tampon kullanımı.
- Lejyonella(Lejyoner hastalığı): Su depolama, kullanım ve havalandırma/soğutma sistemleri.

-Lyme borreliozis (*Borrelia burgdorferi*): Vektör keneler ve geyikler (ikincil rezervuar konak) için uygun şartların oluşmasına zemin hazırlayan ormanlandırma çalışmaları (9).

Parazitik

- Şistozomiyazis: Baraj yapımı, sulama, ekolojik değişiklikler.
- Nörosistiserkozis: Göçler.
- Akantoamibiiazis: Yumuşak kontak lens kullanımı.
- Visseral Leishmaniazis: Savaş, göçler, nüfus hareketleri, vektör böcekler için uygun habitat değişiklikleri, immün komprime insan konakçı sayısında artış.
- Malarya: Vektör sivrisinek için uygun koşulların oluşması.
- Tokso plazmozis: İmmün komprime insan konakçı sayısında artış.
- Giardiazis: Çocuk bakım merkezlerinin kullanımının artması.
- Ekinokokoz: Ara konakçı habitatlarını etkileyen ekolojik değişiklikler.
- Cryptosporidium: Kontamine sular, su arıtımındaki hatalı uygulamalar (9).

Yeniden Gündeme Gelen Hastalıklar

Kolera: Tarih boyunca görülen en önemli pandemi ve epidemilerin en önemli nedeni; kötü hijyen, kalabalık yaşam koşulları ve su kaynaklarıdır. Kötü surveyans sistemleri ve turizm kaybı korkusuyla bildirimler daha az yapılmaktadır (2,9).

Sarı Humma: %85'lere yaklaşan vaka-fatalite hızı nedeniyle uzun yıllardan beri önemli bir halk sağlığı problemidir. Hastalığa Ebola, Marburg, Crimean-Kongo Ateşi gibi hemorajik ateş nedeni birçok virüsle aynı gruptan bir virüsün sebep olduğu bilinmektedir.

Karışık bulaşma yolu, hayvan konakçılar ve vektörler, hastalığın eradikasyonunu imkansız hale getirmektedir. Nüfus yoğunluğu, vektörlerin coğrafik yayılımının artması, yağmur ormanlarının yok edilmesi nedeniyle hastalık hızla artmaktadır. Amerika ve Afrika'daki şehir merkezlerinin giderek yetersiz hale gelen altyapısı, vektör çoğalması açısından uygun şartları oluşturmakta, immünizasyon programlarının ihmali, insanları bu hastalığa karşı savunmasız bırakmaktadır. Seyahatler yüzünden coğrafik yayılım riski her geçen gün artmaktadır (2).

İnfluenza: Yıllık epidemiler her yıl 500 bin -1 milyon kişinin ölümüne neden olmaktadır. 65 yaş üstü ve 1 yaş altı ölümler sıklıdır. Virüsün sıkça ve kalıcı olarak yaptığı antijenik değişimler global influenza durumunun düzenli olarak izlenmesini gerektirmektedir (2).

Epidemik menejit: Etken *N.menengitidis*'dir. Her geçen gün artan sıklıkta rekürren ve yüksek oranda ölümcül epidemilere yol açmaktadır.

İki bin bir yılında yeni bir epidemik tür çıkmış olup epidemilerle uğraşmak giderek zorlaşmıştır. Epidemik menenjitin kökeni, 18 Afrika ülkesidir. Bu menejit kuşağı doğuda Etiyopya'dan batıda Senegal'e kadar uzanan bir alandır. Salgın dalgalarını etkileyen faktörler henüz tam anlamıyla anlaşılmasına rağmen iklim koşullarının rolü çok büyüktür.

Salgınlar tipik olarak Kasım-Nisan aylarındaki kuru mevsimde pik yapmaktadır. Kuraklık ve kum fırtınaları, kötü yaşam koşulları, aşırı kalabalık (öksürük,yakın yüz teması,solunumla bulaşma) yayılımı artırmaktadır.

Seyahatler ve göçler yüzünden ülkelerarası virulan türlerin yayılımı kolaylaşmaktadır. Büyük nüfus hareketleriyle hem bölgesel hem küresel yayılım artmaktadır. Son 60 yıldır küçük çapta epidemilere neden olduğu bilinen bir *N.menengitidis* türü olan, W135, Arap Yarımadası'nda yol açtığı ciddi salgınlardan sonra DSÖ'nün dikkatini çekmiştir. Bu salgını takiben birçok ülke ülkelerine dönen hacılarda bu hastalığın tespit edildiğini bildirmişlerdir. Sporadik formdan sorumlu olan W135'in günümüzde epidemik forma dönüşmesinden kaygılanılmaktadır (2).

Malarya (Sıtma): Tedavisinde kullanılan ilaçlara gelişen direnç, günümüzde bu konudaki en önemli problemdir (9). Yıllardır tedavi ve koruma amaçlı kullanılan klorokine karşı direnç gelişimi, ilk *plazmodium falciparum*a karşı gelişmiştir. Yayılarak neredeyse tüm endemik sıtma bölgelerinde görülmeye başlamıştır. İlaç direnci ve vektör kontrolündeki zorluklar nedeniyle ciddi sorun yaşanmaktadır (9).

İnvaziv penisilin-rezistans pnömokokal enfeksiyonlar (PRSP): Günümüzde ilaç direncine bağlı gelişen problemlerdendir. Pnömonokok enfeksiyonları önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir.

S.Pneumoniae: Bu etken, her yıl 500 bin pnömoni, 55 bin bakteriyemi, 6 bin menenjit, 40 bin de ölüme neden olmaktadır. Tedaviye rağmen pnömokok bakteriyemisine bağlı ölüm hızı yaklaşık %30'dur. Risk faktörlerini tanımlamak tedavi ve korunma açısından çok önemlidir (9).

Gıda kaynaklı hastalıklar: Gelişmekte olan ülkelerde, kontamine gıda ve su ile bulaşan enfeksiyon hastalıkları , sık görülüp toplum sağlığını tehdit etmektedir (9).

Salmonella enteridis ilk kez 1980 yılında görülmüş ve hızla Kuzey Amerika ile Avrupa'ya yayılmıştır. *S.typhimurium* DT 104 yakın zamanda dünyanın birçok ülkesinde görülmüştür. 3.kuşak sefalosporinler de dahil olmak üzere en az 9 antibiyotiğe direnç geliştirdiği gösterilmiştir. DSÖ, trematod enfeksiyonlarının önemli bir halk sağlığı sorunu oluşuna ilk kez

1995'te dikkat çekmiştir. Bu enfeksiyonlar, karaciğer kanseri riskinde artışa yol açmaktadır (9).

Günümüzde en önemli sorunlardan birisi de Bovine Spongiform Enfalopati salgınlarıyla ilişkili olduğu düşünülen varyant Creutzfeldt-Jakob hastalığıdır. Nadir görülmesine rağmen ölümcül bir hastalık olduğu için yakın izlem gerektirir (9).

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar: Oluşumlarında rol oynayan biyolojik ve sosyal faktörler nedeniyle günümüzde de önemini korumaktadır. Verilen hizmetlerin ulaşılabilir ve nitelikli olması önemlidir. Bu hastalıklar, korunmasız cinsel ilişki, kontamine kan ve kan ürünleri, şırınga ve iğneler, akupunktur, piercing ve dövme uygulamasında kullanılan sterilize edilmemiş malzemelerle de bulaşmaktadır. Korunma önlemleri hakkındaki bilgi eksikliği, seyahat ve turizmin birden fazla cinsel partner olasılığını artırması, bu hastalıkların bulaşma riskini artırmaktadır. Dünyada her yıl 340 milyon vaka görülmektedir (9).

Vakaların üçte birini, 25 yaş altındaki gençler oluşturmaktadır. Bildirim sisteminin, verilerin ve sürveyansın yetersiz olması nedeniyle ülkemizdeki kesin vaka sayısını tespit etmek zordur (9).

Zoonotik enfeksiyon hastalıkları: Zoonotik havuz, zengin bir enfeksiyon hastalığı kaynağıdır. Enfeksiyon girişini takiben, zoonotik ajan, insandan insana bulaş özelliği olmasa da, birçok faktörün (nazokomiyal enfeksiyon gibi) etkisiyle hızla yayılabilmektedir. Rezervuar konakçı veya vektör yayılımıyla, enfeksiyon yeni bölgelerde ortaya çıkmaktadır (pirelerle yayılan bubonik veba, farelerle yayılan hantavirüs).

Birçok enfeksiyon hastalığı, çevrede önceden bulunan, ancak çevre şartlarının değişmesiyle, yeni konakçı popülasyonlarını enfekte etme şansını elde eden patojenlerle meydana gelmektedir. Belli gruplardan yeni popülasyonlara enfeksiyon yayılımı ve hayvanlardan insana enfeksiyonun bulaşı, "mikrobiyal trafik" olarak adlandırılmaktadır. Mikrobiyal trafiği artıran durumlar, salgın hastalıkların da artmasına yol açar (9).

Yeni Hastalıklar

Akkiz İmmün Yetmezlik Sendromu (HIV/AIDS): İlk kez 1981'de ABD'de tanımlanmıştır. DSÖ Aralık 2002 verilerine göre, Dünya'da 42 milyon HIV/AIDS'li kişi olup, hastalığın tanımlandığı günden beri 27.8 milyon kişi hayatını kaybetmiştir. Sadece 2002 yılında 5 milyon yeni vaka bildirilmiş olup, bu sayıya her gün 14 bin vaka eklenmektedir. Tüm HIV enfekte vakaların %95'inden fazlası gelişmekte olan ülkelerde, %89'u ise Sahra-Afrika, Güney ve Güneydoğu Asya'da görülmektedir (9).

Ülkemizde ilk defa 1985 yılında HIV/AIDS vaka bildirilmiş olup ülke nüfusunun genç olması, cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda bilgilerinin kısıtlı olması, turizm sektörünün gelişmesi, yurt dışında çalışan Türk vatandaşlarının çok oluşu, damar içi madde kullanımının giderek artması, Türkiye'deki hastalığın yayılma nedenleri arasındadır (9).

Ebola virüs: İlk kez Zaire'de ve Sudan'da salgınlara neden olmuştur. Küçük çaplı salgınlar Doğu, Orta ve Güney Afrika'da devam etmektedir. Salgınlar, kişiden kişiye bulaş, nazokomiyal yayılım ve laboratuvar enfeksiyonları sonucunda oluşmaktadır. Primer enfeksiyon kaynağı ve doğal ekolojisi bilinmemektedir. Kan yoluyla bulaşıp birçok organda yayılmaktadır. Bilinen antiviral tedavisi henüz yoktur (2).

Ani Gelişen Ciddi Solunum Yetmezliği Hastalığı (Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS): İlk geliştiğinde akut atipik pnömoni tablosu olarak tanımlanmıştır. SARS etkeni halen kesin olarak saptanamamıştır. Elde edilen bulgular yeni bir Corona virüs olabileceğini göstermektedir (2,9).

Bağışıklama

Edward Jenner, 1775 yılında, çiçek hastalığına aşısını bulup aynı yıl köyünde baş gösteren çiçek hastalığı salgını karşısında çocuklar üzerinde aşısını denemiş ve olumlu sonuçlar aldığını ispat etmiştir. Daha sonra 1796'da buluşu ile ilgili ayrıntılı bir rapor yayımlamıştır (10).

Şarbon, kuduz gibi virütik hastalıklar, bağışıklık mekanizması ve aşı hazırlama teknikleri gibi çalışmalar ile aşılama ile ilgili mevcut olan bilgiler, 1870' li yıllarda, Pasteur tarafından sistematize edilmiştir. Pasteur, sadece enfeksiyon hastalıklarının kaynağını keşfetmekle kalmamış, mikroorganizmaların zayıflatılmış, hastalık yapamayacak hale getirilmiş şekilde kişiye verilmesiyle, kişinin enfeksiyon hastalıklarından korunabileceğini kanıtlamıştır. Böylece, kişilerde aktif, güvenilir ve uzun süre devam eden bir bağışıklık mümkün olmuştur (10).

İnsan bağışıklamasındaki en önemli adım, Pasteur'un kuduz bir köpek tarafından ısırılan Joseph Meister ile karşılaştığı ve tarihte ilk defa tavşan omuriliğinde kültürü yapılan ve köpeklerde etkinliği kanıtlanmış bir aşı kullanıp, ısırık sonrası kuduz bağışıklamasının uygulandığı 1885 yılında atılmıştır (10).

Wright 1896'da ilk ölü tifo bakteri aşısını insanlarda denemiş ve 1975'te Vidal, tifo paratifo A ve B basillerini bir arada içeren üçlü aşının kullanılmasını önermiştir (10).

Koch 1884'te, kolera vibriyonunu keşfetti ve 1892'de Ferran, Haffkine'in çalışmalarını izleyerek canlı basillerin kullanıldığı bağışıklama girişimlerinde bulundu(10).

Boğmaca aşısıyla ilgili ilk sonuçlar da, Madsen tarafından 1923'te yayınlandı. Ramon, önce difteri ardından tetanoz toksoidini keşfetti. Calmette ve Guerin BCG aşısını buldular ve ilk olarak 1921 yılında insanlarda kullandılar (10).

Aşağıda aşılarda gelişimi ve tarihçeleri sıralanmıştır:

1937-İlk inaktif influenza aşısı.

1949-Kabakulak aşısı. Zayıflatılmış canlı aşı.

Doku kültürlerinin geliştirilmesinden sonra keşfedilen virüs aşıları:

1949-Poliomyelit virüsünün doku kültüründe üretilmesi.

1954-İnaktif poliomyelit aşısı.

1957-Canlı, attenüe oral poliomyelit aşısı

1960-Kızamık aşısı.

1962-Kızamıkçık aşısı.

1966-Kabakulak aşısı.

1967-İnsan diploid hücre kültüründe üretilen kuduz aşısı

1973-Suçiçeği aşısı.

1976-Hepatit B aşısının ilk uygulanması.

Polisakkarit aşılarda:

1968-Meningokok C aşısı.

1971-Meningokok A aşısı.

1976- H1N1 aşısı

1978-Pnömonokok enfeksiyonlarına karşı aşı.

1980-Hemofilus influenza tip b'ye karşı aşı.

1984-Vi polisakkarit tifo aşısı.

Geliştirilmekte olan aşılarda:

-Herpes

-Sitomegalovirüs

-Gonokok

-Parazit aşılarda:Sıtma,toksoplazma

-Sentetik aşılarda

-Genetik mühendislik ürünü aşılarda.

-Diş çürümesine karşı aşı.

- Lepra aşısı.
- Sıtma aşısı
- AIDS aşısı (2,3).

Aşı Sınıflaması

Hastalığa neden olan mikroorganizmanın, biyolojik ve kimyasal özelliklerine ve sağlanması istenen immun yanıtın tipine göre çeşitli aşılar geliştirilmiş olup şu başlıklar halinde sıralanırlar (Tablo 6) (2,3):

- Canlı atenüe aşılar
 - Viral
 - Bakteriyel
- İnaktive (ölu) aşılar

Canlı atenüe aşılar: Canlı atenüe aşı üretmek için hastalığa neden olan mikroorganizma, virülansını veya hastalığa neden olan özelliklerini kaybetmesi için özel laboratuvar koşullarında üretilir. Canlı atenüe aşılar hem humoral, hem de hücrel immün cevap oluşturdıkları için genellikle tek doz olarak uygulanırlar ve genellikle rapel doz gerektirmezler.

İnaktive aşılar: İnaktive aşılar hastalığa neden olan mikroorganizmanın kimyasal yolla veya ısı ile tamamen inaktive edilmesi yoluyla üretilirler.

Canlı aşılardan aksine, genellikle 3-5 rapel gerektirir ve çoğunlukla da humoral yanıt oluşturlar. Antikor titreleri zamanla azalır.

Tablo 6. Aşıların sınıflandırılması

Canlı Atenüe Bakteriyel	Viral	İnaktive Tüm hücre	Toksoid	Pürifiye subunit	Mühendislik Subunit	Rekomb.
BCG	Adenovirus	Şarbon	Difteri	Boğmaca	Hib	Hepatit B
-	Kızamık	Kolera	Tetanoz	Hib	Pnömonokok	Lyme Hast.
-	Kabakulak	HepatitA	-	Kolera	Meningokok	-
-	Polio	HepatitB	-	İnfluenza	-	-
-	Kızamıkçık	İnfluenza	-	Meningokok	-	-
-	Çiçek	Japon Ensefaliti	-	Pnömonokok	-	-
-	Suçiçeği	Boğmaca	-	Tifo	-	-
-	Sarıhumma	Veba	-	-	-	-
-	-	Polio	-	-	-	-
-	-	Kuduz	-	-	-	-
-	-	Tifo	-	-	-	-

Sağlık Bakanlığı'nın uyguladığı aşı takvimi

Sağlık Bakanlığı yayınladığı bir genelge ile aşı takviminde değişiklik yapıldığını bildirdi. 2009 yılında yapılan değişikliklerle birlikte aşı takviminin son hali Tablo 7'de görüldüğü gibidir (2):

Tablo 7. Sağlık Bakanlığı aşı takvimi (2)

	Doğumda	1.ayın sonu	2.ayın sonu	4.ayın sonu	6.ayın sonu	12.ay	18-24 ay	İ.Ö 1.sımf	İ.Ö 8.sımf
Hep B	I	II	-	-	III	-	-	-	-
BCG	-	-	I	-	-	-	-	-	-
DaBT-IPA-Hib	-	-	I	II	III	-	Rapel	-	-
KKK	-	-	-	-	-	I	-	Rapel	-
OPA	-	-	-	-	√	-	√	√	-
Td	-	-	-	-	-	-	-	√	√
KPA	-	-	√	√	√	√	-	-	-

BCG: Verem aşısı,

DaBT-IPA-Hib: Difteri, aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio,Hemofilus İnfluenza tip b aşısı,

Hep B: Hepatit B aşısı,

KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak aşısı,

KPA: Konjuge pnömokok aşısı

OPA: Oral Polio aşısı,

Rapel: Pekiştirme dozu,

Td: Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz aşısı.

BİLDİRİMİ ZORUNLU BULAŞICI HASTALIKLAR

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar (BZBH) için vaka tanımlamaları ve sınıflamaları içeren bir rehber, Resmi Gazete'de, 6 Kasım 2004 tarihinde "Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Hakkındaki Tebliğ" başlığı ve 25635 sayı ile yayınlanmıştır. Rehberdeki hastalıklarda, ülke için halk sağlığı sorunu olması, hastalığa tanı konabilme kapasitesi, hastalığın özel bir programının olması, Avrupa Birliği ülkeleri bildirim sistemlerinde ve topluluk bilgi ağı kapsamında olması gibi kriterler göz önüne alınıp bildirim yapılacak hastalıklar 4 gruba ayrılmıştır (Tablo 8) (11).

Tablo 8. Yeni bildirim sisteminde yer alan hastalıklar (11)

Grup A	Grup B	Grup C	Grup D
Aids	Çiçek	Akut hemorajik ateş	Campilobacter jejuni
Akut kanlı ishal	Sarı humma	Cretzfelt-Jakob hast	Chlamidya trachomatis
Boğmaca	Epidemik tifüs	Ekinokokkoz	Crptosporidium sp.
Bruselloz	Veba	H.influenza tip b enf	Entamoeba histolitica
Difteri		İnfluenza	Enterohemorajik E.coli
Gonore		Kala-Azar	Giardia intestinalis
HIV enfeksiyonu		Konjenital Rubella	Salmonella sp.
Kabakulak		Lejyoner hast	Shigella sp.
Kızamık		Lepra	Listeria Monocytogenes
Kızamıkçık		Leptospiroz	
Kolera		Şistozomiyaz	
Kuduz/riskli temas		Trahom	
Meningokoksik hast.		Toksoplazmoz	
Neonatal Tetanoz		Tularemi	
Poliomiyelit			
Sifiliz			
Sıtma			
Şarbon			
Şark Çıbanı			
Tetanoz			
Tifo			
Tüberküloz			
Akut Viral Hepatitler			

AIDS: Acquired Immuno Deficiency Syndrome.

HIV: Human Immuno Deficiency Virus.

Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıkların Bildirim Yöntem ve Esasları

Grup A hastalıklarda bildirim: Bunlar, birinci basamaktan itibaren sağlık sisteminde yer alan tüm kurumlardan bilgi toplanmasını gerektiren hastalıklardır. Bu gruptaki hastaların ilk başvuru noktası birinci basamaktır. Birinci basamakta hekim, standart vaka tanımına göre hastaya tanı koyabildiği ölçüde bildirimini yapar ve gerekli araştırmaları başlatır. Tanı olanaklarının kısıtlı olduğu koşullarda ise hastayı bir üst basamağa gönderir; ya da hasta doğrudan ikinci basamak bir sağlık kurumuna başvurur. Her iki durumda da ikinci (veya üst) basamak bir yandan tanı koyup tedaviye başlarken diğer yandan, hastaya ait bilgileri hastanın yaşadığı yerin sağlık sorumlularına (Form 014'le, İl Sağlık Müdürlüğü üzerinden, sağlık ocağına) en kısa sürede iletmekle yükümlüdür. Amaç; hasta ile aynı çevrede yaşayanlar arasında benzer vakalar olup olmadığının ve/veya hastalığın kaynağının araştırılabilmesini sağlamaktır.

a. Grup A Hastalıklar sağlık ocaklarında saptanmış ise; vakalar Form 016'ya (Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Tespit Fişi) günlük olarak işlenir. Ay sonunda Form 016'da bulunan hastalıklar Form 017/A'ya kaydedilir. Form 017/A'lar aylık olarak İl Sağlık Müdürlüklerine gönderilir. Vaka başka bir sağlık ocağı bölgesi kayıtlarında ise; Form 014'e (Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Fişi) işlenir ve hemen ilgili sağlık ocağına gönderilir.

b. Grup A Hastalıklar yataklı tedavi kuruluşları (Devlet hastaneleri, Sağlık Bakanlığı eğitim hastaneleri, üniversite, SSK ve Asker Hastaneleri), ya da özel sağlık kuruluşları (özel hastaneler, hekimler.) tarafından saptanmış ise; vakanın tespit edildiği gün, Form 014 ile İlçe Grup Başkanlıkları veya İl Sağlık Müdürlüğüne bildirim yapılır. İlçe Grup Başkanlıkları ve İl Sağlık Müdürlükleri Form 014 ile bildirilen vakaları bağlı oldukları sağlık ocağı bölgesine göre ayırır ve ilgili sağlık ocaklarına Form 014'leri gönderirler. Sağlık ocakları Form 014 ile bildirilen hastalıkları Form 016'ya işleyip, ay sonunda Form 017/A'ya kaydeder ve aylık olarak İl Sağlık Müdürlüklerine bildirim yaparlar.

c. İl Sağlık Müdürlüğü'nde sağlık ocaklarından gönderilen Form 017/A'ların özetlenmesi yapılarak, TSHGM'e aylık olarak gönderilir (11).

Grup B hastalıklarda bildirim: B Grubunda; başta DSÖ'nün 1969 tarihli Uluslararası Sağlık Düzenlemeleri (International Health Regulations) olmak üzere çeşitli kararlar uyarınca, kuşku duyulduğu anda ihbarı zorunlu olan hastalıklar bulunur.

Bu grupta yer alan hastalıklar, ülkemizde ya hiç ya da uzun zamandan bu yana görülmemiştir. Bu hastalıklardan olası bir vaka ile karşılaşan hangi basamak sağlık kurumu olursa olsun, doğrudan ve en hızlı araçla Sağlık Bakanlığına ihbar etmekle yükümlüdür.

Uluslararası düzeyde ise, bu hastalıkların bildirilmesi, yalnızca Bakanlığın yetkisindedir. Bildirimler, Sağlık Bakanlığı TSHGM Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığına telefon açılarak yapılacaktır. Ayrıca İl Sağlık Müdürlüğüne de hemen telefonla bildirilir. İl Sağlık Müdürlükleri ve TSHGM Bulaşıcı Hastalıklar Daire Başkanlığı hastalıkla ilgili araştırmayı birlikte yaparlar (11).

Grup C hastalıklarda bildirim: Bu grupta bulunan hastalıkların bildirimleri, Grup C hastalıklar için tanımlanmış sağlık kurum ve kuruluşlarından yapılır.

a. Grup C hastalık bildirimleri, tanımlanan sağlık kuruluşlarından, İlçe sınırlarında hizmet verenler İlçe Grup Başkanlıklarına veya İl merkez sınırları içinde hizmet verenler de, İl Sağlık Müdürlüğüne “Form 014” ile günlük olarak gönderirler.

b. İlçe Grup Başkanlıkları, kendilerine gelen “Form 014”leri İl Sağlık Müdürlüklerine gönderirler.

c. İl Sağlık Müdürlüklerinde Form 014’lerin bağlı buldukları Sağlık ocağı bölgesine göre ayırımı yapılır. Hastalık ile ilgili filyasyon, salgın araştırma, vaka araştırması çalışmalarının başlatılması ve/veya Sağlık ocağının İl Sağlık Müdürlükleri tarif edilen sağlık kuruluşlarından ve İlçe Grup Başkanlıklarından gelen Form 014’lerin aylık olarak icmalleri yapılarak, “Form 017/C”yi doldurur ve Sağlık Bakanlığı TSHGM gönderirler (11).

Grup D hastalıklarda bildirim: D Grubu, diğer gruplardan farklı olarak; “enfeksiyon etkenleri”nin bildirimini tarif etmektedir. Bu; laboratuvarların ilk kez, doğrudan bildirim sistemine dahil olmalarını gerektiren önemli bir yeniliktir.

Bu grupta, diğerlerinden farklı olarak bildirim zorunlu olan hastalık değil enfeksiyon etkenidir. Söz konusu enfeksiyon etkenlerinin bildirimleri de her sağlık kuruluşundan değil; belirlenmiş olan laboratuvarlardan yapılır.

Devlet Hastaneleri, Üniversite, SSK ve Asker Hastanelerinin laboratuvarları ile diğer kamuya ait hastanelerin laboratuvarları, İl Halk Sağlığı Laboratuvarları, Bölge ve Merkez Hıfzıssıhha Laboratuvarları, Grup D enfeksiyon etkenlerinin bildiriminden sorumludurlar.

Buna göre;

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

b. Bildirim sorumlusu haftalık olarak Grup D Enfeksiyon Etkenleri Bildirim Fişlerinin icmalini yapılarak Form 017/D’yi doldurur. Form 017/D ve Grup D Enfeksiyon Etkenleri

Bildirim Fişlerini İlçe Grup Başkanlıkları veya İl Sağlık Müdürlüğüne (Grup başkanlığı yoksa) gönderir.

c. İlçe Grup Başkanlıklarında, tanımlanan laboratuvarlardan Grup D Enfeksiyon Etkenleri Bildirim Fişlerini bağlı buldukları sağlık ocağı bölgesine göre ayırımı yapılır. Hastalık ile ilgili filyasyon, salgın araştırma, vaka araştırması çalışmalarının başlatılması ve/veya sağlık ocağının bilgilendirilmesi için ilgili sağlık ocağına gönderilir.

Tanımlanan laboratuvarlardan gelen Form 017/D'lerin icmalini yapar aylık olarak İl Sağlık Müdürlüğüne gönderir.

d. İl Sağlık Müdürlükleri de; Grup D Enfeksiyon Etkenleri Bildirim Fişlerinin bağlı buldukları sağlık ocağı bölgesine göre ayırımını yaparlar. Hastalık ile ilgili filyasyon, salgın araştırma, vaka araştırması çalışmalarının başlatılması ve/veya sağlık ocağının bilgilendirilmesi için ilgili sağlık ocağına gönderilir İl Sağlık Müdürlükleri tarif edilen sağlık kuruluşlarından ve İlçe Grup Başkanlıklarından gelen Form 017/D'lerin icmalarını yapar, aylık olarak İle ait Form 017 D'yi doldurur ve Sağlık Bakanlığı TSHGM gönderirler (11).

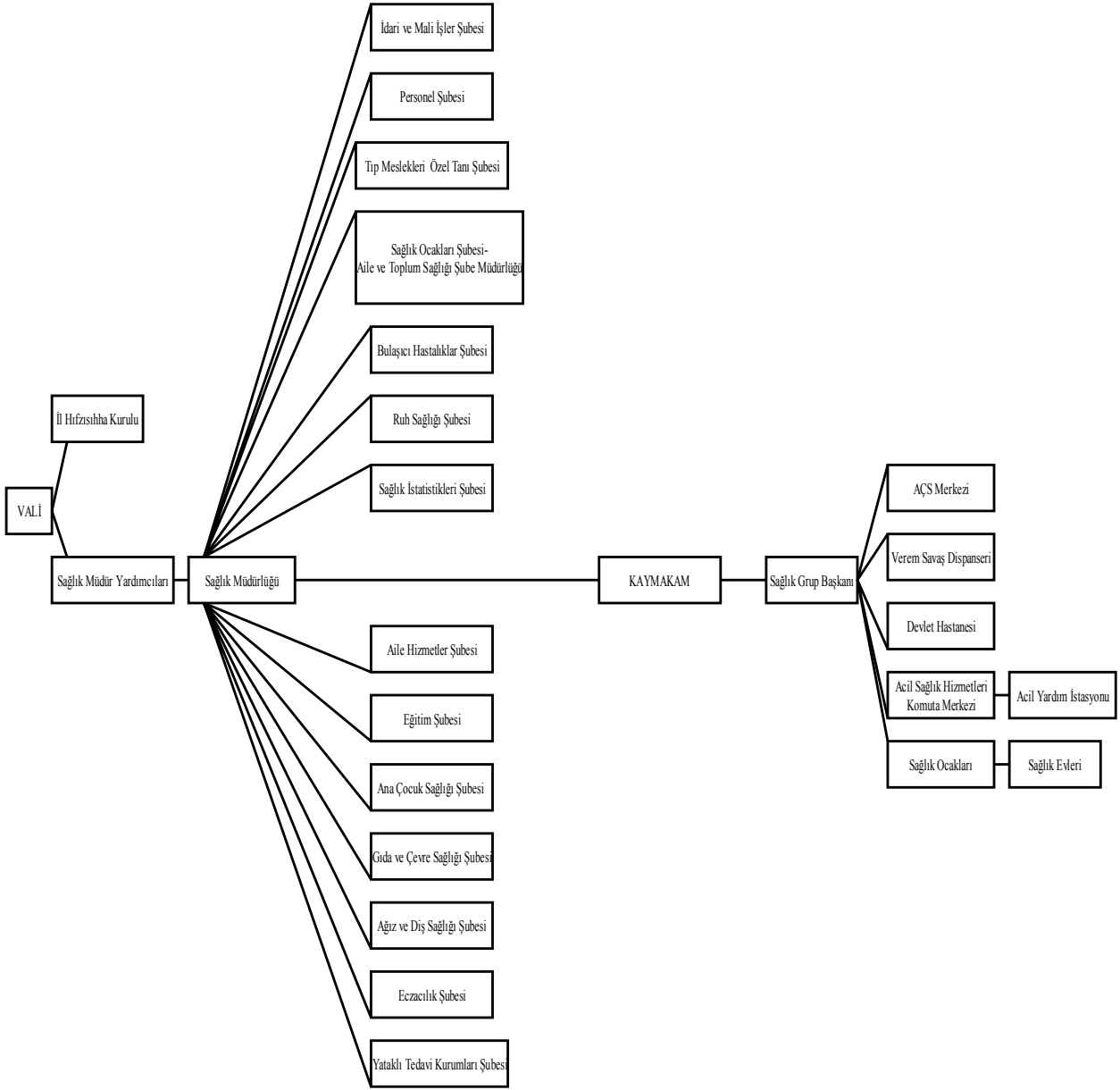
Bu 4 grupta yer alan hastalıkların isimleri, bildirim akış şeması ve ilgili bildirim formları, EK-1,2,3,4'te sunulmuştur.

Bulaşıcı Hastalıkla Mücadelede Sağlık Ekibinin Görev ve Yetkileri

Bulaşıcı hastalıkla mücadele bir kamu görevidir. Sağlık ekibi bulaşıcı hastalığın çıkacağından kuşku bile duysa gerekli her türlü önlemi almak mecburiyetindedir. UHK'nun ilgili maddelerine (madde 65-72) göre bulaşıcı hastalık kuşkusu bulunması sağlık ekibini yapılacak tüm işlerde tam yetkili ve sorumlu tutmaktadır (3).

Sağlık ekibi bulaşıcı hastalık kuşkusu olduğunda, bu yer ev bile olsa mahkeme kararı olmadan da buraya girebilir. Enfekte kişilere gerekli tedaviyi uygulayabilir, hastaneye yatırabilir, ayırım uygulayabilir, hasta hayvanları itlaf ettirebilir. Yasal önlemlerin alınmasında yaptırım gücü vardır ve eğer bir güçlkle karşılaşırsa kolluk güçleri yardım etmek zorundadır (3).

Sağlık Bakanlığı'nın taşra örgütlenmesi, bulaşıcı hastalıklarla mücadelede çeşitli birimleri ile görev alır. Bu teşkilatlanma şu şekildedir (Şekil 3) (12):



Şekil 3. Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatı (12)

Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadelede, Aile Hekimliği ve Toplum Sağlığı Merkezleri Sisteminin Yeri

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun (5258 sayılı)'un 2. maddesine göre, aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığı'nın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiptir (13).

Toplum sağlığı merkezlerinin bulaşıcı hastalıkla mücadelede görevleri, Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge'nin 13.ve 14. Maddelerinde şöyle geçmektedir (14):

Bulaşıcı Hastalıklar ve Kronik Hastalıkları İzleme ve Mücadele Hizmetleri Madde 13: Bölgesinde oluşan tüm hastalıklara özellikle de bulaşıcı ve kronik hastalıklara karşı gerekli duyarlılığı gösterir. Önlenmesi veya var olanından toplumun en az etkilenmesi için her türlü tedbiri alır.

Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Olarak Madde 14: Bakanlığının yürüttüğü bulaşıcı hastalıklar programına uygun olarak; bölgesindeki bulaşıcı hastalık ihbarlarını toplar, kayıtlarını tutar, değerlendirir, vaka teyidi ve saha sürveyansı ve gerekli tüm tedbirlerin alınması için sağlık kuruluşları ve/veya diğer kuruluşlarla işbirliği yapar. Tüm bulaşıcı hastalıkların usulüne uygun olarak bildirilmesi ve kayıtlarına göre istatistiklerin müdürlüğe bildirilmesini yapar. Bölgesinde bulaşıcı hastalık salgınına neden olabilecek aşılama durumu, mevsimsel değişim, çevre koşulları değişimi, yerleşim birimlerinin alt yapısının durumu v.b. faktörleri yakından izler ve gerekli önlemleri almak için ilgili kurumlarla işbirliği yapar. Bulaşıcı hastalık salgını olduğunda müdürlük ile işbirliği içinde tüm sağlık kuruluşlarıyla diğer kuruluşlara işbirliği yaparak her türlü tedbiri ilgili mevzuata göre alır. Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için bölgesindeki sağlık çalışanlarını, ilgili kurum çalışanları ve halkı bilgilendirerek kişi ve toplum duyarlılığı oluşturulur.

Sağlık Ocaklarında bulaşıcı hastalıklarla mücadele hizmetleri de, "Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge" de belirtilmiş olan çerçeveye göre yürütülmekte olup, bu görev ve yetkiler şöyle tanımlanmıştır (15):

Madde 65- Bulaşıcı hastalıklarla mücadele sağlık ocaklarının başta gelen hizmetlerindedir. Bu hizmetler şunlardır:

a) Bulaşıcı hastalığa yakalanmış olan kişileri teşhis etmek, bildirim zorunlu olanları sağlık grup başkanlığına bildirmek, gereken hastalara tecrit işlemi uygulamak, hastalarla

temas etmiş olan kişileri arayıp bulmak, taşıyıcıları ve diğer hastaları arayıp bulmak, dezenfeksiyon gibi genel önlemleri almak,

b) Hastalık nedenine yönelik laboratuvar incelemelerini (bakteriyolojik, virolojik, vb) başlatmak, bu çalışmalara katılmak,

c) Bulaşıcı hastalıkların yayılmasını kolaylaştıran lağım, çöp, gübre gibi atıklar ile vektörlerin üreme yerlerini denetlemek,

d) Su ve besinlerin hastalık yapan mikroorganizmalarla bulaşmasını önlemek,

e) Paraziter hastalıklarla mücadele programı hazırlamak ve uygulamak,

f) Akut solunum yolu enfeksiyonları kontrol programlarını uygulamak,

g) İshalli hastalıklar kontrol programlarını uygulamak,

h) Kuduz ile mücadele programı yapmak ve uygulamak; bu kapsamda, sağlık ocağı bölgesindeki başıboş kedi ve köpeklerin aşılınması ve sahihsiz kedi ve köpeklerin belirli yerlerde toplanması için tarım müdürlükleri ve belediye başkanlıkları ile işbirliği yapmak,

ı) Halkın, özellikle gebe, bebek, çocuk, genç, göçmen, fakir, işsiz, sakat ve yaşlıların beslenmelerini yeterli düzeye çıkarmaya çalışmak,

i) Aşısı olan hastalıklara karşı (difteri, boğmaca, tetanos, tüberküloz, çocuk felci, kızamık, hepatit B, vb) duyarlı kişileri aşılama,

j) Muhtemel bir salgın için gerekecek ilaçları stok etmek,

k) Bulaşıcı hastalıkların kısa zamanda tanısı için laboratuvar hizmetlerini geliştirmek,

l) Toplum sağlığı açısından önem taşıyan bulaşıcı hastalıkların taşıyıcılarını bulmak ve tedavi etmek,

m) Bulaşıcı hastalık çıktığı zaman, hastanın salgısı ve dışkısı ile bulaşan eşya, yiyecek ve içecekleri ve ayrıca helaları dezenfekte etmek,

n) Bulaşıcı hastalık görülmemesi ve salgınların olmaması için halka beslenme, çevreyi olumlu hale getirme, bulaşıcı hastalıklardan korunma, bağışıklama ve sağlık kuruluşlarından yararlanma konularında eğitim yapmak,

o) Eğer hizmet bölgesinde bulaşıcı hastalık görülürse;

1) En kısa zamanda hastalığın kesin tanısını koymak ve kesin tanı konuncaya kadar, hastalığın geçici / olası tanısını kesin gibi kabul ederek önlem almak ve ilgili yere ihbarda bulunmak,

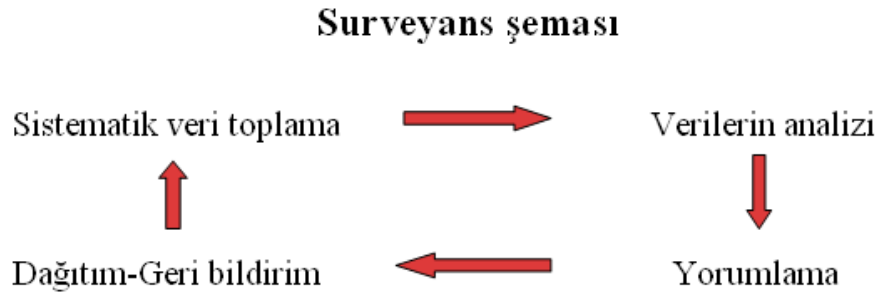
2) Bu hastalığın bulaşma kaynağını ortaya çıkarmak (filyasyon),

- 3) Hastalık olguları görülünce aktif sürveyans hizmetlerini sürdürmek,
- 4) Hastalık türüne göre hasta ve hastalık için gerekli önlemleri almak,
- 5) Hastalığın yayılmasını önlemek için daha sıkı bir çevre denetimi yapmak,
- 6) Aşı ile önlenemez bulaşıcı hastalık olguları bütün toplumu tehdit eder nitelikte değilse, risk altındaki yaş gruplarını aşılama, eğer salgın bütün toplumu tehdit ediyorsa toplumdaki bütün duyarlı kişileri aşılama.

Madde 71 - Sağlık ocağında çalışan bütün sağlık personeli aşılama hizmetlerinden yükümlüdür. Aşı uygulamaları, Bakanlıkça gönderilen en son aşı genelgesi esaslarına uyularak yapılır. Aşıların soğuk zincir koşullarında sağlanması, saklanması ve uygulanmasından sorumlu olmak üzere sağlık ocağı hekimi tarafından bir “soğuk zincir sorumlusu” görevlendirilir. Ocaklarda teslim alınan aşıların prospektüs bilgileri, özellikle uygulama dozu ve miadı açısından gözden geçirilerek ve aşı muayene edilerek uygulanır.

Bulaşıcı Hastalıklarda Sürveyans

Sürveyans; bulaşıcı hastalıklardan korunma ve kontrol için düzenli ve sürekli veri toplayıp bu verilerin analizi, yorumlanıp bu bilgilerin ilgili birimlere dağıtılması işlemlerinin tümüdür (Şekil 4) (2).



Şekil 4. Sürveyans şeması (2)

Sürveyansta amaç; hastalıklardan korunma ve kontrol sağlanarak morbidite ve mortaliteyi düşürmektir (2).

Sürveyans sayesinde:

- 1-Hastalığın oluşmasında ve dağılımındaki ani değişiklikler fark edilir.
- 2-Etken ve konakçıda olabilecek değişiklikler fark edilir.
- 3-Sağlık bakım hizmetlerindeki değişiklikler saptanabilir.
- 4-Hastalığın trendi izlenebilir (2) .

Halka sunulan sađlık hizmetine sűrveyans sayesinde űyle katkıda bulunulabilir:

- 1-Sağlıkla ilgili sorunlar ortaya konabilir.
- 2-Öncelikler belirlenebilir.
- 3-Soruna yönelik amaçlar belirlenir.
- 4-Stratejiler saptanır.
- 5-Koruma ve kontrol önlemleri gözden geçirilir (2) .

Sűrveyansta kullanılacak veri kaynakları çok çeřitlidir. DSÖ tarafından önerilenler űunlardır (2):

- 1-Ölüm istatistikleri.
- 2-Hastalık istatistikleri.
- 3-Demografik veriler.
- 4-Salgın bildirim ve incelemeleri.
- 5-Laboratuvar kayıtları.
- 6-Bireysel vaka bildirimi.
- 7-Hayvan rezervuarları.
- 8-Medya.
- 9-Çevre verileri.
- 10-Hastane istatistikleri.
- 11-Özel hekim kayıtları.
- 12-Halk Sağlığı Laboratuvar kayıtları.
- 13-İlaç tüketimleri.
- 14-İűe/okula devamsızlık (Absentizm).

Sűrveyans verileri 3 biçimde toplanır:

1-Vakaya dayalı: Laboratuvar verileri veya zorunlu vaka bildirimleri ile insidans izlemi yapılır.

2-Sentinel gruplar: Sentinel noktalarda özel gruplar test edilerek prevalans izlemi yapılır.

3-Topluma dayalı: Sağlık sisteminden faydalanma, klinik ve koruyucu uygulamalarla ilgili tesbitler için risk altındaki gruba uygulanır (2) .

Sűrveyans yöntemleri 3 başlık altında sıralanabilir:

1-Pasif sűrveyans: Katılımcılardan aktif olarak veri toplanmayan, bildirim kendiliğinden yapılmasının beklendiği surveyans sistemidir. Bu sisteme göre sağlık çalışanları kendisine doldurulması ve yollanması istenen formlar doğrultusunda sürekli olarak bildirim yapar. Veriler standart formlarla düzenli aralıklarla toplanır (2).

Bilginin toplandığı merkez, formların toplanmasında pasiftir . Bu sistem toplumsal cevabın oluşmasında, koruyucu hizmetlerde yol göstermede ve ulusal çalışmaların başarısını izlemeye olumlu katkıları sağlar. Ancak pasif sörveyansta salgınlar erken fark edilememekte, birden fazla bilgi kaynağı kullanılmamakta, risk taşıyan gruplar izlenememekte ve enfeksiyon hastalıklarının örüntüsündeki değişiklikler geç farkedilmektedir.

2-Aktif sörveyans: Aktif sörveyans, sörveyans sisteminde bildirim yapmakla yükümlü kişi veya birimlerin kendiliğinden rapor etmesini beklemeksizin, yetkili birimlerce düzenli olarak verilerin toplanmasıdır. Mevcut durumun ve zaman değişkeninin önemli olduğu durumlarda, eliminasyon-eradikasyon programlarında telefonla ya da kurum ziyareti ile bilgi toplayarak yapılır (2).

Bu tip sörveyans sisteminde pasif sörveyans sistemine göre daha fazla faaliyet vardır. Maliyet-etkinlik açısından pahalıdır. Bu nedenle aktif sörveyans sistemi, toplumun bir hastalık etkeni ile karşılaşması durumunda veya bir epidemide sorasında olduğu gibi belirli bir zaman aralığında, belirli bir hastalıkla sınırlıdır.

3-Sentinel (nöbetçi) sörveyans: Seçilen örnek bir grupta çalışılır. Veri kalitesi pasif sörveyansa göre yüksek olup aktif sörveyansa göre daha ucuzdur (2). Hastalık yükünün belirlenmesi, bulaşıcı hastalığa zemin hazırlayan ya da yayılmasını etkileyen koşulların bilinmesi ve davranış özelliklerinin izlenmesi en önemli yararlarıdır.

Bir hastalık için olguların erken saptanması veya trendler hakkında gösterge sayılabilecek bilgiye ulaşılmasında, verilerin, toplumun kalan kısmındaki duruma işaret edecek şekilde, örnek bir popülasyondan toplandığı sörveyans tipidir.

Sörveyansın aşamaları: Dört aşamada incelenir.

Birinci aşama: Veri Toplanması: Sörveyans işlemleri veri kaynaklarından yararlanarak verilerin toplanmasıyla başlar. Hangi hastalıkların bildirilmesi gerektiği, bildirim kim tarafından yapılması gerekliliği, düzenlenen verilerin kime, nasıl, ne sıklıkta bildirileceği, bildirim yapılacak hastalıkların vaka tanımının yapılması, hastalıklarla ilgili alınan ve alınacak olan korunma ve kontrol önlemlerinin neler olduğu izah edilmelidir (2).

Salgın gibi toplumu tehdit etme durumunda ise bildirimler en hızlı iletişim araçları ile gerektiğinde makam atlayarak yapılabilir.

Ölkemizde uygulanmakta olan yöntem, pasif bildirimdir. Aktif bildirimde, bildirim yapan kişi belli aralıklarla Sağlık Müdürlüğü ile temas kurar. Hiç vaka tespit edilmese bile vakanın olmadığını bildirir (2).

Bazı ülkelerde çeşitli hastalıklara yönelik sentinel sürveyans kullanılmaktadır. Hedeflenen grupların özelliklerini verebilecek şekilde seçilen sağlık kurumlarından veriler toplanır; örneğin HIV enfeksiyonlarında gelişmekte olan ülkelere toplumun tümünden veri toplanması yerine sentinel sürveyans sistemi önerilmektedir (2).

İkinci aşama: Verilerin Analizi: Toplanan veriler; kişi, yer ve zaman özelliklerine göre analiz edilir. Böylece toplanmış olan veriler değerlendirilerek yorumlanabilecek hale getirilir (2).

Üçüncü aşama: Verilerin Yorumlanması: Toplanıp analiz edilen verilerden anlamlı sonuçlar çıkarmak, kontrol için hangi araçlar ve hangi kişi ta da kurumlarla işbirliği içinde neler yapılacağına karar vermek demektir. Daha ileri inceleme gerekip gerekmediğine karar verilir. Önceliklerin neler olduğuna, işgücü ve kapasite değerlendirmesiyle neler yapılabileceği, halkın, yönetimin ve basın-yayın organlarının dikkatinin çekilmesi gereğine bu aşamada karar verilebilir (2).

Dördüncü aşama: Verilerin İlgili Birimlere Dağıtılması: Önemli ve kritik aşamadan biridir. Bilgiler önce sağlık hizmeti veren 1. basamak kurumlara, laboratuarlara, hastanelere, sağlık yöneticilerine, ilin/ilçenin diğer yöneticilerine, program planlamacılara ve karar vericilere iletilmelidir. Özellikle il-ilçe Hıfzıssıhha kurulları bilgilerin yaygınlaştırılması için önemli bir fırsattır (2).

Bunlardan başka 'ikinci nesil sürveyans sistemi' adı altında HIV enfeksiyonları takip edilmektedir. Bunun amacı; gelecek dönemlere ait trendleri anlamak, enfeksiyonun yüksek olduğu düşünülen gruplara odaklanmak, enfeksiyonun yayılımını kolaylaştıracak davranışları kavramak, planlamada sürveyans bilgilerini daha etkin kullanmaktır. Bu sürveyans miks bir sistemdir (2).

Biyolojik sürveyansı (örneğin HIV enfeksiyonunun yayılma özelliği gösterdiği kişilerde ya da toplumu temsil eden gruplarda yapılması) ve davranış sürveyansını (davranış araştırması) veri toplama yöntemi olarak kullanır (2).

Filyasyon

Filyasyon, genel anlam olarak, hastalığın bulaşma yolu ve şeklini ifade eder. Bize "Bu salgının nedeni nedir?" sorusunu yanıtlanmamıza imkanı sağlar (3).

Neden olan etken, kaynak ve bulaşma, maruziyet, duyarlılar ve yüksek risk grupları, laboratuvar incelemesi için ek örnekler toplanması, gibi çalışmalar hastalığın nereden kaynaklandığını bulmak için yapılır. Tüm bu işlemler, filyasyon olarak tanımlanır (3).

Küreselleşen dünyada uluslar arası sürveyansın başarısı, ulusal sürveyans sistemlerinin ne kadar iyi olduğu ile doğrudan ilgilidir. Gerek DSÖ üyeliği gerekse Avrupa Birliği (AB)

adaylığı ve önemli stratejik ve jeopolitik konumu nedeni ile Türkiye için uluslararası sürveyans çok büyük önem taşımaktadır (16).

Türkiye'nin AB'ye uyum sürecinde yol haritası olan Ulusal Programda, bulaşıcı hastalıkların sürveyans ve kontrolünün güçlendirilmesinin önemine işaret edilmektedir (17).

Adaylık sürecinde, bulaşıcı hastalıklarla ilgili mevcut durum görüşülmeye başlanmışken bir yandan da Türkiye Müktesabat Uyum Programı'nı (2007-2013) açıklamıştır (18).

Programa göre, ilgili AB mevzuatı temelinde Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği, Politika Belgesi, laboratuvarların sürveyans sistemindeki rolüyle ilgili mevzuat ile bir ulusal stratejik planın yayımlanması düşünülmüştür (13).

Bin dokuz yüz altmış dokuz tarihli Uluslararası Sağlık Tüzüğü (UST)'nde, günümüz ihtiyaçlarını karşılayamaması üzerine, revize edilerek "UST 2005" olarak 58.Dünya Sağlık Asamblesinde 2005 yılında kabul edilmiştir. UST, imzalayan ülkeler için yasal bağlayıcılığı olup, taraf ülkeler, halk sağlığı risklerini ve acillerini tesbit etmek, değerlendirmek ve DSÖ'ye bildirmek için bir Ulusal Odak Noktası oluşturmak, ülke genelinde sürveyans ve müdahale kapasitesini geliştirmek, güçlendirip sürdürülebilirliğini sağlamakla yükümlü kılınmıştır (16).

Sürveyans ve Kontrolde Günümüz Politikaları

Politika oluşturmanın ilk düzeyi, ülkemizdeki bulaşıcı hastalıklar konusunda yeterli, sağlıklı ve güncel bilgiye zamanında ulaşmaktır. Böylesine kolayca uluslar arası yayılabilen sağlık sorunları konusunda DSÖ ve AB ile işbirliği zorunludur. AB'yi politik ve diplomatik olarak ülkemizde Avrupa Komisyonu Türkiye Temsilciliği temsil etmektedir (16).

Başbakanlık Avrupa Birliği Genel Sekreterliği (ABGS), Türkiye Cumhuriyeti'nin ilgili bakanlıkları ve Temsilcilik arasındaki irtibatı sağlamaktadır. Her bakanlığın da ABGS ile ilgili teknik birimleri arasındaki koordinasyonu sağlayan bir birimi vardır. Mali İş Birliği Programlaması (2007 itibariyle IPA-Katılım Öncesi Mali Yardım Aracı) ve politika uygulaması için aday ülkelere, AB tarafından finansman sağlanmaktadır (16).

Dünya Sağlık Örgütü ile ilişkilerde yapılan iki yıllık işbirliği anlaşmaları (Biannual Cooperation Agreement) çerçevesinde, DSÖ tarafından Bakanlık programlarına hem teknik hem mali destek sağlanmaktadır. 2006 – 2007 işbirliği programı kapsamında, diğer başlıkların yanı sıra, aşı ve önlenemez diğer bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve sürveyansının geliştirilmesi konusu da yer almaktadır. Bulaşıcı hastalıkların kontrolü konusunda UNICEF ile yapılandırılmış planlı ve finansmanı sınırlı olan bir irtibat mevcuttur (16).

Bulaşıcı hastalıkların kontrolünde politika oluşturmada ikinci düzey, ulusal düzeydir. Devlet Planlama Teşkilatı (DPT)'nce hazırlanan beş yıllık kalkınma raporu dışında, ulusal önceliklerle ilgili bir yerleşik strateji dokümanı bulunmamaktadır (16).

Sağlık Bakanlığı her yıl bütçe ve yıllık programı DPT'ye önermekte; burada onaylandığı takdirde Maliye Bakanlığı'na sunulmaktadır. Son aşamada da TBMM tarafından onaylanmaktadır (16).

Kanun yapma süreci uzun zaman aldığı için, genelge ve yönergelerle ihtiyaç giderilmeye çalışılmaktadır. Bu durumda bazen görev, sorumluluk çakışmaları ve çatışmaları olabilmektedir. Bazen de iki ayrı mevzuat metni birbiriyle çelişebilmekte veya aynı mesele için iki farklı birim yetkilendirilmektedir (16).

Bulaşıcı hastalıkların kontrolü konusunda Bakanlık çatısı altındaki birçok birim sorumludur. Bunlar: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Verem Savaş Daire Başkanlığı, Sıtma Savaş Daire Başkanlığı, AÇSAP Genel Müdürlüğü, İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bilgi İşlem Daire Başkanlığı'dır (16).

Bulaşıcı hastalıkların kontrolü ile erken uyarı ve yanıt sisteminin ve ilgili AB kararlarına uyumun yönetiminden Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü sorumlu bulunmaktadır (19).

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü hizmet alanına giren faaliyetler, uzun yıllar Sağlık Bakanlığı'nın 1920'de kurulan ilk bütçe tasarısında 'Hıfzıssıhha Dairesi' olarak adlandırılan birimce yürütülmüştür. 1936 yılındaki 3017 Sayılı "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu" ile bu birim "Hıfzıssıhha İşleri Umum Müdürlüğü" adını almıştır. Daha sonra 1963 yılındaki Kanunla 4862 "Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü" olmuştur. 28.02.1982 gün ve 17619 sayılı Resmi gazete' de yayınlanan kararname ile Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü, "Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (TSHGM)" adını almıştır. 224 sayılı Kanun'un uygulanması amacıyla kurulmuş bulunan "Sosyalleştirme Daire Başkanlığı" da 1983 yılından sonra TSHGM bünyesine alınmıştır (16).

Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı (RSHMB), bulaşıcı hastalıkların kontrolünde görevli bir başka kurumdur. Kuruluş kanununda görevleri ile ilgili 2.madde şöyledir: "Halk sağlığının korunması, şartlarının iyileştirilmesine ve geliştirilmesine ve her türlü hastalıkla mücadeleye yarayacak saha ve laboratuvar araştırmaları ve incelemeleri yapmak" (20).

27.08. 1928 gün ve 1267 sayılı kanun tasarısı ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bünyesinde kurulmuş olan Hıfzıssıhha Müessesesi, 1940 yılında Hıfzıssıhha Enstitüsü ve

Hıfzıssıhha Mektebi şeklinde düzenlenmiştir (20). Son olarak kurumun ismi, 14 Aralık 1983 gün ve 18251 sayılı RG’de yayınlanan 181 sayılı kanun hükmünde kararname ile “ Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı” olarak değişmiş Sağlık Bakanlığı’na bağlı bir kuruluş haline getirilmiştir. İstanbul, İzmir, Antalya, Diyarbakır, Adana, Erzurum ve Samsun’da yerleşik yedi Bölge Hıfzıssıhha Enstitüsü bulunmaktadır.

Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkez Başkanlığı bulaşıcı hastalıkların yanında gıda ve beslenme, ilaç-kozmetik araştırmaları ve toksikoloji gibi konularda da önemli bir merkezdir (16). Ankara haricinde İstanbul, İzmir, Antalya, Adana, Diyarbakır, Erzurum, Samsun il merkezlerinde de bölge müdürlükleri ve bu bölge müdürlükleri bünyesinde de yerel laboratuvarları vardır.

Verem Savaş ve Sıtma Savaş Daire Başkanlıkları, merkezi teşkilat içinde sınırlı sayıda personeli ve ülke çapında toplam 245 Verem Savaş Dispanseri ve 88 Sıtma Savaş Birimi ile Sağlık Bakanlığı’nın ayrı birimleridir.

Türkiye’de bulaşıcı hastalıkların sınır ötesi kontrolü için örgütlü çalışmaları, 1800’lere kadar dayanmaktadır. I. Mahmut’un emriyle karantina için ilk defa bir meclis (Meclis-i Tahaffuz) toplanarak 1838 yılında göreve başlamıştır. Bu mecliste Meclis-i Tahaffuz-ı Ula (Yüksek Karantina Meclisi) ve Meclis-i Tahaffuz-ı Sanı (Yüksek Karantina Bürosu) olmak üzere iki meclis görev yapmaktaydı (21).

Meclis-i Tahaffuz, Çanakkale’de Akdeniz yolcularının İstanbul’a gelmeden evvel sağlık kontrolünden geçirildiği ve gerekli tedbirlerin alındığı bir merkez kurdu muştur. Merkez yetkililerine Akdeniz tarafından gelecek imtiyazlı veya imtiyazsız her gemiye karantina konulması, bu gemilerde bulunan istisnasız herkesin aynı kayda tabi tutulması, karantina sonunda da kendilerine bir vesika verildikten sonra İstanbul’a gitmelerinde bir sakınca bulunmadığının bildirilmesi, hatta emri dinlemeyenlere zor kullanılması ve karantinadan kaçarak İstanbul’a gelecek gemilerin tekrar boğaza iade edilmesi talimatını vermiştir. Ülkenin her tarafı için bir “Karantina Talimatnamesi” düzenlenerek dağıtımı yapılmıştır (21).

Bin dokuz yüz yirmi üç yılında, "İstanbul Limanı ve Boğazları Sıhhiye Müdüriyeti" kurulmuştur. 1924 yılında bu Müdüriyetin adı "Hudut ve Sevahil Sıhhiyesi Müdüriyeti Umumiyesi" (Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü) olarak değiştirilmiştir (21).

Boğazların yönetimini Türkiye’ye bırakan 20 temmuz 1936 tarihinde imzalanan Montrö Sözleşmesine göre ve Uluslararası Sağlık Tüzüğü’ne göre bulaşıcı hastalıklarla ilgili olarak Türk tarafı, tüm uluslar arası giriş noktalarında gemileri ücretsiz olarak teftiştan sorumludur (22).

Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü'nün liman ve boğazlarda Türk ve yabancı gemilerce ödenen gümrük vergisi ve cezalarından oluşan ayrı bir bütçesi bulunmaktadır. Bütçe, Genel Müdürlük tarafından idare edilmekte ve milli bütçe mevzuatına göre sadece sınır ötesi bulaşıcı hastalıkların kontrolü için harcanabilmektedir (21).

Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadelede Yasal Düzenlemeler

Resmi Gazete'de, 1930 yılında 1593 sayılı kanun numarası ile yayımlanan "Umumi Hıfzısıhha Kanunu"nda, bu durumda nelerin yapılması gerektiği ayrıntılı bir biçimde belirtilmiştir (20). Bu kanunun 2.bab 2.faslı bulaşıcı hastalıklarla mücadele ile ilgilidir. Aşağıda bu ilgili maddelerin içerikleri birer cümle ile özetlenmiştir:

Umumi Hıfzısıhha Kanunu, İkinci bab, ikinci fasıl

Memleket dahilinde sari ve salgın hastalıklarla mücadele;

Madde 57 – Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar.

Madde 58 – Bildirimin nereye yapılacağı.

Madde 59 – İhbarnamelerin posta yoluyla gönderileceği.

Madde 60 - İkametgahı değişme durumunda.

Madde 61 – Bildirimle yükümlü olanlar.

Madde 62 – Denizde olanlar.

Madde 63 - (Değişik: 15/6/1942 - 4255/1 md.) Denizde olanlar.

Madde 64 – İhbarı ilan edecek olan Sağlık Bakanlığı'dır.

Madde 65 - Hükümet tabipleri veya bulunmadığı durumlarda belediye tabipleri.

Madde 66 –Şüphede durumunda bile araştırma yapılabileceği.

Madde 67 – Tabibin yetkili oluşu.

Madde 68 - Tabip bulunmayan durumda sağlık memuru görevli.

Madde 69 – Sağlık memurunun görevi.

Madde 70 – Şüphede durumunda fethimeyit.

Madde 71 – Definden evvel tabipçe muayene.

Madde 72 – BZBH durumunda tedbirler.

Madde 73 – Tecrit etme.

Madde 74 – Tecrit etme.

Madde 75 - Kuduz durumunda.

Madde 76 – Bulaşıcı hastalığı olanların meslekten men edilmesi.

Madde 77 – Kara, deniz, hava sefer durumu.

Madde 78 –Laboratuvar.

Madde 79 – Umumi suların durumu.

Madde 80 - Askeri Kuvvetler arasında Milli Müdafaa Vekaleti vaktinde haberdar edilmesi.

Madde 81 – Elinden alınmış olan eşya bedelinin ödenmesi.

Madde 82- BZBH’ dan ölenlerin tabutlanıp defnolunması.

Madde 83 – Zorla tecrit edilenlerin masraflarının hükümetçe karşılanacağı.

Madde 84 -Otel, han gibi yerlerdeki haşeratın itlafına Sağlık Bakanlığı yetkili.

Madde 85 - Elbise ev eşyası ve sairenin fennen tathir edilmeden satılması hakkında.

Madde 86 – Binalarda salgın hastalık.

Madde 87 - Binalarda salgın hastalık.

Madde 88 - Çiçek aşısı ile aşılama.

Madde 89 – Aşı.

Madde 90 - Otuz yaşına kadar olan her şahsın çiçek aşısı olması hakkında.

Madde 91 - Çiçek aşısı.

Madde 92 – Askerlerin çiçek aşısı.

Madde 93 - Ticari kurumlardakilerin çiçek aşısı.

Madde 94 – Aşılandığının ispatı.

Madde 95 – Serum ve aşıların hükümetçe ihzar edilmesi.

Madde 96 - Kuduz aşısı Sağlık Bakanlığı teşkilatınca açılır ve tatbik olunur.

Türkiye'nin bulaşıcı hastalıklarla mücadelesine değişik ağırlıkta dayanak teşkil eden kanunların kronolojik sıralaması aşağıda belirtilmiştir:

Köy Kanunu, 442 No'lu, 07.04.1924 tarih ve 68 sayılı Resmi Gazete (RG)

Umuma Mahsus Bakterioloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu, 992 No'lu, 30.03.1927 tarih ve 580 sayılı RG

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 1593 No'lu, 06.05.1930 tarih ve 1489 sayılı RG

Sıtma ve Frengi İlaçları Hakkında Kanun, 2767 No'lu, 15.06.1935 tarih ve 3029 sayılı RG

Çeltik Ekimi Kanunu, 3039 No'lu, 24.06.1936 tarih ve 3337 sayılı RG

T.C.Merkez Hıfzıssıhha Müessesesi Teşkiline Dair Kanun, 30.12.1940 tarih ve 3959 No'lu RG.

Verem Savaşı Hakkında Kanun, 5368 No'lu, 15.04.1949 tarih ve 7183 sayılı RG

Sıtmanın İmhası Hakkında Kanun, 7402 No'lu, 11.01.1960 tarih ve 10402 sayılı RG

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 224 No'lu, 12.01.1961 tarih ve 10705 sayılı RG

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 3359 No'lu, 15.05.1987 tarih ve 19461 sayılı RG
Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun, 5258 No'lu, 09.12.2004 tarihli,
25665 sayılı RG

Gıdaların Üretimi, Tüketimi ve Denetlenmesine Dair Kanun Hükmünde Kararname,
560 No'lu, 28.06.1995 tarihli, 22327 sayılı RG (16).

Türkiye'nin bulaşıcı hastalıklarla mücadelesiyle ilgili Yönetmelikler ve Kanun
Hükmünde Kararnamelerin kronolojik sıralaması ise şöyledir:

Gemilerde Yolcuların Sıhhi Emniyeti Hakkında Nizamname, 28.01.1943 tarih ve 5316
sayılı RG

SSYB'nin Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK, 18 No'lu, 14.12.1983 tarih ve 18251
sayılı RG

Gıdaların Üretimi, Tüketimi ve Denetlenmesine Dair KHK, 560 No'lu, 28.06.1995
tarih ve 22327 sayılı RG

Hasta Hakları Yönetmeliği, 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı RG

Halkın Sağlık Eğitimi Yönetmeliği, 06.08.2000 tarih ve 24132 sayılı RG

Seyir Halindeki Gemilerde Daha İyi Tıbbi Hizmet Verilmesi için Gerekli Asgari
Sağlık ve Güvenlik Koşulları Hakkında Yönetmelik, 23.06.2002 tarih ve 24794 sayılı
RG

Haşerelere Karşı İlaçlama Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, 27.01.2005 tarih ve
25709 sayılı RG

Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği, 11.08.2005 tarih ve 25903
sayılı RG

Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği, 30.05.2007 tarih ve
26537 sayılı RG (16).

Bulaşıcı hastalıkların kontrolü ile ilgili son 10 yıl içinde yayımlanan Yönerge ve
Genelgeler;

Hızlı Tanı Kitleri (1997/18837)

Hepatit B (1998/6856)

Halk Sağlığı Laboratuar Çalışması Hk.(2000/55)

Seyahat İlişkili Lejyoner Hastalığı (2001/34)

Halk Sağlığı Laboratuar Çalışması Hk.(2002/111)

Aşı Sonrası İstenmeyen Etkiler (2003)

Kutanöz Layşmanyasız (2003/126)

Trişinelloz (2004/28)
Kırım-Kongo Hemorajik Ateşi (2004/46)
Laboratuvar Açma Ruhsatı (2004/56)
Tıbbi Atıklar (2004/91)
Bulaşıcı Hastalıkların Bildirimi (2004/1534)
Portör Muayenelerine Esas Laboratuvar Tetkikleri (2005/9)
Kırım-Kongo Hemorajik Ateşi (2005/40)
Tularemi (2005/61)
Kuş Gribi (2005/168) (16).

Umumui Hıfzısıhha Kanunu'nun, 282. maddesine göre bildirim zorunlu bir bulaşıcı hastalığı tespit ve teşhis eden hekimin, bunu yapmaması durumunda 3 ila 6 ay arasında hafif hapis cezası alması söz konusudur. Bu nedenle de bildirim konusunda hekimlerin daha dikkatli olması zorunludur.

Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nin Arşiv İşleyişi

Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nin, Başhekimlikten alınan arşiv işleyiş prosedürüne göre, BZBH'nin bildirim, şu şekilde belirtilmiştir:

1. Teşhis ve tedavi amacıyla hastaneye başvuran hastaların, poliklinik ve kliniklerde yapılan muayeneleri ve laboratuvar tetkikleri sonucunda ortaya çıkan bulaşıcı hastalıkları, tespit eden hekim tarafından Form No 014-Bildirim Zorunlu Hastalıklar Fişi düzenlenerek yardımcı hizmetli personel tarafından, arşiv memuruna teslim edilir.

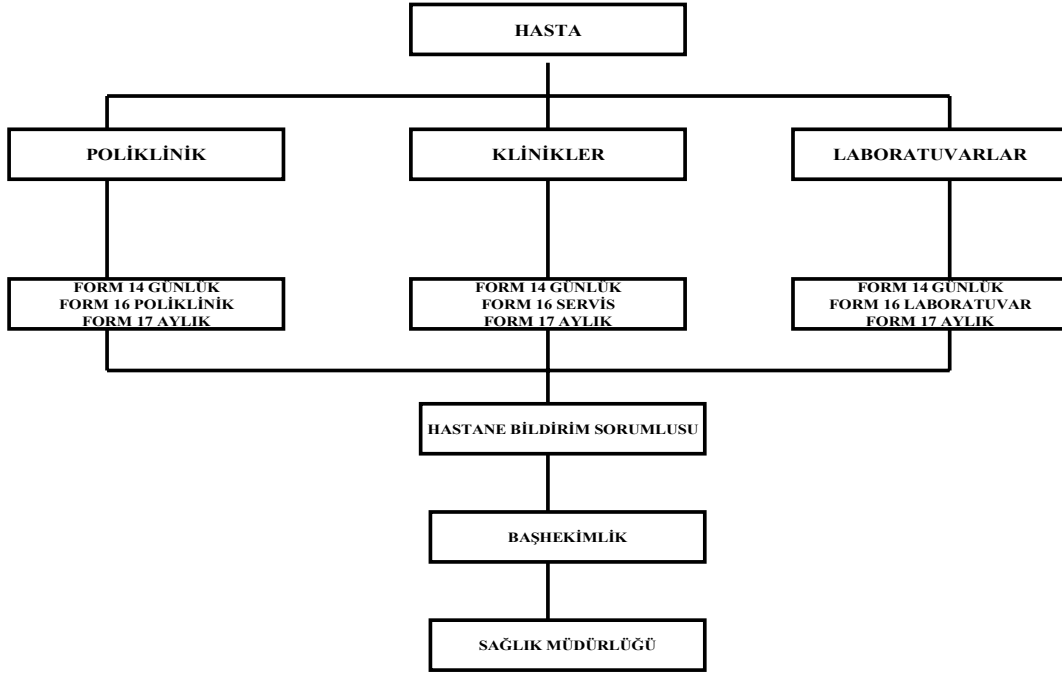
2. Form No 014-Bildirim Zorunlu Hastalıklar Fişini teslim alan arşiv memuru İl Sağlık Müdürlüğündeki yetkililere faks çekerek bildirim yapar.

3. Hekim tarafından doldurulup arşive teslim edilen tüm Form No 014-Bildirim Zorunlu Hastalıklar Fişi ve Form No 016-Bildirim Zorunlu Hastalıklar Tespit Fişi, arşiv memuru tarafından kaydedilir (Adı-soyadı, baba adı, mesleği, hastalığın başladığı tarih, aşı durumu, adres, bildirim yapan hekim ve bildirim tarihi).

4. Bir ay süresince hekimler tarafından doldurulup, arşive teslim edilen ve arşiv memuru tarafından İl Sağlık Müdürlüğü'ne bildirim faksıyla yapılan Form No 014-Bildirim Zorunlu Hastalıklar Fişi, ay sonunda arşiv memuru tarafından, bildirim zorunlu hastalıklar hangi gruba giriyorsa, Form 017/A-Grup A Hastalıklar, Form 017/B-Grup B Hastalıklar, Form 017/C-Grup C Hastalıklar, Form 017/D-Grup D Enfeksiyöz Etkenler hastalık ve yaş grubu, kadın, erkek, ölüm hanesine işlenir.

5. Tüm bu formlar ay sonunda arşiv memuru tarafından hazırlanan üst yazısı ile Başhekimliğe imzalatılarak posta ile Sağlık Müdürlüğü'ne ulaşımı sağlanır.

Şekil 5'te bir akış diagramı ile de bu bildirim sistemi gösterilmiştir.



Şekil 5. Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'ne ait, bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık bildirim şeması

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu çalışma, TÜSAUM’nde Ocak 2007’den Aralık 2007’nin sonuna kadar olan süre boyunca polikliniklerden, servislerden ve laboratuvarlardan yapılan BZBH’ların TUSAUM otomasyon sistemine girmiş oldukları tanıların, bu tanıları doğrultusunda BZBH olarak TUSAUM Arşiv’ine bildirimlerinin ve ilgili mevzuat gereği bu bildirimlerin ulaştırılması gerekli olan Edirne Sağlık Müdürlüğü ve Edirne Toplum Sağlığı Merkezi kayıtlarına göre, bildirim durumunun incelenmesi ile yapılmış, tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte bir araştırmadır.

Çalışmamızın hipotezleri aşağıdaki şekilde belirlenmiştir;

H₀ hipotezi: TÜSAUM 2007 yılı BZBH bildiriminde otomasyon, arşiv ve Edirne İl Sağlık Müdürlüğü bildirimleri birbirinden farksızdır.

H₁ hipotezi: TÜSAUM 2007 yılı BZBH bildiriminde otomasyon, arşiv ve Edirne İl Sağlık Müdürlüğü bildirimleri birbirinden farklıdır.

Çalışmanın evrenini 2007 yılındaki TÜSAUM otomasyona girilmiş olan BZBH tanıları ile aynı merkezin arşivine ve Edirne İl Sağlık Müdürlüğü’ne bildirilmiş olan BZBH tanıları oluşturmaktadır.

Edirne İl Sağlık Müdürlüğü’nden bilgileri almak için onay alınmıştır ve onay yazısı EK-5’tedir. TÜSAUM Müdürü’nden klinik ve poliklinik hasta kayıtları bilgilerinin alınmasının uygun görüldüğüne dair yazı EK-6’dadır. Araştırma için gerekli olan Etik Kurul onay yazısı EK-7’dedir.

Çalışmanın yapılabilmesi için TUSAUM otomasyon bölümünden hastalıkların ICD kodlarıyla birlikte girilmiş olan hastalık tanıları ve ad-soyad, doğum tarihi, hangi bölümden gönderildiği bilgileri, aylara göre alınmıştır (EK-8).

Toplam 969 başvuru kaydedilmiştir. Bu sayıda mükerrer başvurular da kaydedilmiş olup çalışmada bildirimlerden ilk olanı değerlendirmeye alınmıştır.

Karşılaştırma yapabilmek amacıyla aynı dönemdeki TUSAUM Arşiv kayıtları incelenmiş olup, burada bulunan formlardan Form 014 ile Grup D Enfeksiyon Etkenleri Bildirim Fişleri'nden yararlanılmıştır. Bildirimi zorunlu olmadığı halde zorunlu imiş gibi bildirilmiş olan tanılar çalışma dışında bırakılmıştır.

Ayrıca, Edirne İl Sağlık Müdürlüğü kayıtlarından Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden bildirilmiş olan Grup C hastalıkları ve Grup D Enfeksiyon etkenleri bildirimleri alınmıştır. Grup A hastalıkların kayıtları Edirne Toplum Sağlığı Merkezi'nden kayıtlar çetelenerek temin edilmiştir. Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'nde uluslararası bildirim zorunlu hastalıklar olan B grubu hastalıklarına ait kayda rastlanılmamıştır.

Çalışmanın yapılması esnasında gözlemlerimize dayanarak bildirim formlarına ve arşive bağlı bazı sorunların olduğu görülmüştür. Bu sorunların daha ayrıntılı bir biçimde ortaya konulamamış olması araştırmanın kısıtlılıkları arasındadır.

BULGULAR

Bu çalışmada, 2007 yılına ait TÜSAUM'ndeki BZBH'ın bildirim durumu ile bildirimle ilgili sorunları ve nedenlerini ortaya koymak amaçlanmıştır. Bu amaçla; TÜSAUM otomasyon kayıtları, aynı merkez'in Arşiv kayıtları ve Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'ne yapılmış olan bildirim kayıtları incelenmiş ve aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır:

Çalışma otomasyon sistemine tanının girildiği biçimi esas alınarak gerçekleştirilmiş olduğundan "diare" olarak yazılmış olanlar gibi kimi tanılar BZBH listesindeki adıyla girilmediği için çalışma dışı bırakılmıştır.

Ocak 2007'den Aralık 2007'nin sonuna kadar, BZBH'dan toplam 969 başvuru kaydedilmiştir. Bunlardan mükerrer olan 464 başvuru çıkarıldıktan sonra değerlendirme yapıldığında, merkezimizde, otomasyon kayıtlarına girmiş olan ve BZBH listesinde adı geçen toplam 505 vaka bulunduğu gözlenmiştir; hastalıklar ve bildirilme rakamları ve yüzdeleri Tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9. Otomasyon sistemine bildirilmiş olan hastalıklar

Hastalık	Sayı	%
Tüberküloz	259	51.28
Bruselloz	81	16.03
Ekinokokkoz	40	7.92
Hepatit A	34	6.73
Hepatit B	21	4.15
Kabakulak	15	2.97
Hepatit C	13	2.57
Boğmaca	7	1.38
Menengokoksik menenjit	6	1.18
Sifiliz	6	1.18
Kolera	3	0.79
SSPE	4	0.79
Kızamık	2	0.39
Tularemi	2	0.39
Sarı humma	2	0.39
Yenidoğan tetanozu	1	0.19
Şarbon	1	0.19
Lepra	1	0.19
Kızamıkçık	1	0.19
Tifo	1	0.19
Akut poliomyelit	1	0.19
Entamoeba histolitika	1	0.19
Hepatit D	1	0.19
Tetanoz	1	0.19
Paratifo	1	0.19
Toplam	505	100.00

SSPE: Subakut Sklerozan Panensefalit

Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi arşivine gönderilmiş olan BZBH kayıtları da toplam 89 (otomasyon sistemine kayıt edilenlerin % 17.63'si) adettir (Tablo 10).

Tablo 10. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi arşive bildirilmiş olan hastalıklar

Hastalık	Sayı	%
Tüberküloz	28	31.46
Giardia İntestinalis	21	23.59
Hepatit C	6	6.74
Shigella Sonnei	5	5.61
Hepatit A	3	3.37
Hepatit B	3	3.37
Salmonella Sp.	3	3.37
Salmonella diğer	3	3.37
Salmonella 09 D1	3	3.37
Shigella flexineri	2	2.24
Salmonella 09 C2-C3	2	2.24
Bruselloz	2	2.24
Sifiliz	1	1.12
Menengokoksik menenjit	1	1.12
Kuduz şüpheli temas	1	1.12
Tetanoz	1	1.12
Şarbon	1	1.12
Shigella dizanteria	1	1.12
Entemoeaba histolitika	1	1.12
Salmonella paratifi C	1	1.12
Toplam	89	100.00

Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi arşivinden de , Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'ne 2007 yılı boyunca toplam 50 (otomasyon sistemine kayıt edilenlerin %9.90'si) tane BZBH bildirim yapılmış olup Tablo'da bu hastalıklar listelenmiştir (Tablo 11).

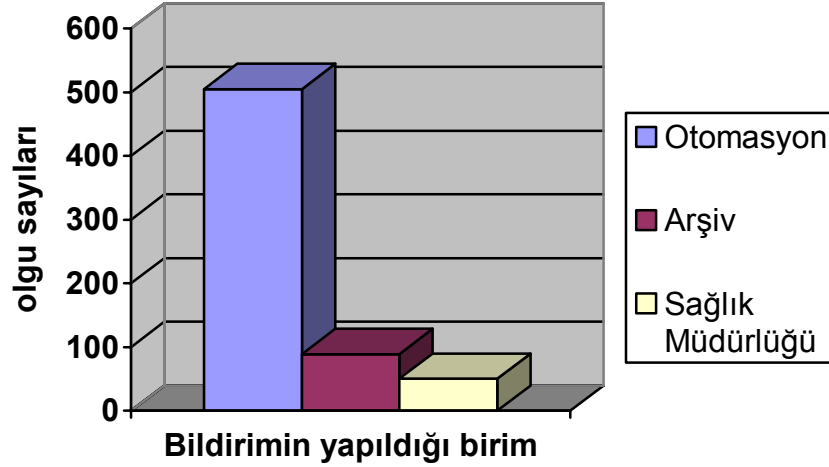
Tablo 11. Edirne İl Sağlık Müdürlüğü' ne bildirilmiş olan hastalıklar

Hastalık	Sayı	%
Giardia İntestinalis	19	38
Tüberküloz	6	12
Shigella Sonnei	4	8
Hepatit A	3	6
Salmonella 09 D1	3	6
Shigella flexineri	2	4
Salmonella diğer	2	4
Salmonella Sp.	2	4
SSPE	1	2
Hepatit B	1	2
Kuduz şüpheli temas	1	2
Shigella dizanteria	1	2
Shigella boydii	1	2
Entemoeaba histolitika	1	2
Salmonella 08 C2-C3	1	2
Salmonella paratifi C	1	2
Akut hemorajik ateş	1	2
Toplam	50	100.00

SSPE: Subakut Sklerozan Panensefalit

Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nin 2007 yılı boyunca otomasyon kayıtlarına girilmiş olan toplam 505 BZBH varken, arşiv kayıtlarında 89 bildirim (otomasyon sistemi verilerinin % 17.63'ü) yapıldığı görülmektedir. Edirne İl Sağlık

Müdürlüğü'ne ise 50 bildirim (otomasyon sistemi verilerinin % 9.90, TÜSAUM verilerinin de % 56.18'i) yapıldığı görülmüştür (Şekil 6).



Şekil 6. Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık bildirimleri

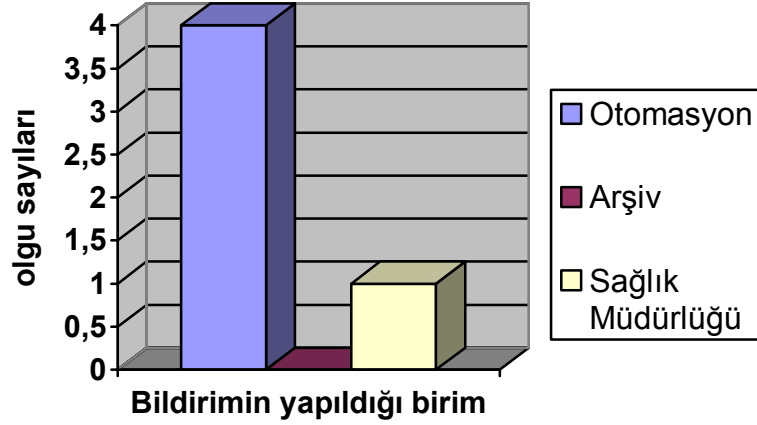
Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde yapılan çalışmada BZBH'lardan hiç ölüm bildirilmemiştir.

Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'ne yapılmış olan bildirimlerde yaş grupları ve cinsiyetlere ait veriler de bulunmakta olup, tanının hangi birim tarafından konulduğu bilgisi bulunmamaktadır. Aşağıda otomasyon sistemine kaydedilmiş olan BZBH bildirimlerine ait bilgiler sıralanmıştır;

SUBAKUT SKLEROZAN PANENSEFALİT

İki bin yedi yılında ilk TÜSAUM Otomasyon kayıtlarına girilmiş olan ilk BZBH, SSPE'dir. Otomasyon kayıtlarına göre, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Çocuk Nörolojisi Servisi'nden ve Acil Servisten olmak üzere toplam 4 erkek SSPE vakası bildirilmiştir. Çocuk Nörolojisi Servisinden bildirilen vakalar, 6, 7 ve 10 yaşında, Acil Servisten bildirilmiş olgu ise 10 yaşındadır. Bu bildirimler, Ocak, Ağustos ve Ekim aylarına ait vakalardır.

Arşiv kayıtlarında, SSPE bildirimine rastlanmamış olup, Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'ne ise 1 bildirim yapılmıştır. Bu bildirimi, Çocuk Nörolojisi servisi yapmıştır. Bu bildirimi yapılan olgu ise, 5-9 yaş grubunda olan erkek vakadır (Şekil 7).



Şekil 7. Subakut sklerozan panensefalit bildirimleri

TÜBERKÜLOZ

Otomasyon sistemine toplam 259 tüberküloz vakası kaydedilmiştir. Tablo 12’de bu olguların yaş gruplarına göre dağılımları gösterilmiştir.

Tablo 12. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi otomasyon sistemine kaydedilen tüberküloz vakaları

Yaş grubu	Ocak-Şubat-Mart			Nisan-Mayıs-Haziran			Temmuz-Ağustos-Eylül			Ekim-Kasım-Aralık			Toplam	
	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek
0-11 ay	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	1	1	1
1-4 yaş	-	-	-	1	-	1	-	6	6	1	2	3	2	8
5-9 yaş	-	1	1	1	-	1	1	-	1	-	2	2	2	3
10-14 yaş	-	-	-	-	-	-	-	2	2	4	2	6	4	4
15-19 yaş	-	-	-	2	2	4	3	3	6	1	1	2	6	6
20-24 yaş	-	1	1	2	2	4	1	3	4	1	-	1	4	6
25-29 yaş	-	1	1	-	1	1	4	4	8	1	5	6	5	11
30-44 yaş	1	1	2	1	6	7	3	17	20	4	15	19	9	39
45-64 yaş	5	9	14	5	12	17	7	29	36	9	26	35	26	76
65+ yaş	-	2	2	1	8	9	4	13	17	5	13	18	10	36
Toplam	6	15	21	13	31	44	23	78	101	27	66	93	69	190

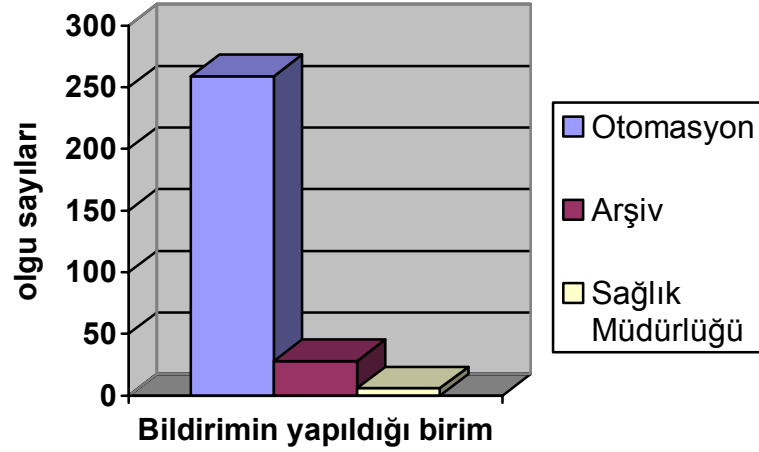
Toplam tüberküloz vakalarının 69’ u kadın (% 26.64), 190’ı da erkek (% 73.35) hastalardır. Tüberküloz bildirimlerinin yapıldığı en yoğun yaş grubu 102 (% 39.38) bildirimle, 45-64 yaş grubudur. 26 (% 25.49) kadın, 76 (% 74.50) erkek bu grupta yer almışlardır.

Bunlardan 180 olguyu, Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz AD (Poliklinikten 108, Servisten 72) kayıt etmiştir. Diğer tüberküloz vaka kaydı yapan klinikler ve poliklinikler Tablo13'te belirtilmiştir.

Tablo 13. Bölümlere göre otomasyon sistemindeki tüberküloz vakası kayıtları

Bölüm	Vaka sayısı
Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz	180
Enfeksiyon Hastalıkları	12
Acil	12
Çocuk Hastalıkları	7
Medikal Onkoloji	7
Gastroenteroloji	5
Sağlam Çocuk	5
Çocuk Nefrolojisi	4
Endokrinoloji	3
Göğüs Cerrahisi	3
Radyoloji	3
Radyasyon Onkolojisi	3
DahiliyeYoğun bakım	2
Çocuk Nörolojisi	2
Nefroloji	2
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	2
Kadın Hast ve Doğum	1
Üroloji	1
Ortopedi ve Travmatoloji	1
Yenidoğan	1
Kulak Burun Boğaz	1
Çocuk Endokrinolojisi	1
Romatoloji	1
Toplam	259

Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi arşivine, tüberküloz olgularının 28'i bildirilmiştir (Otomasyon sistemine kayıt edilenlerin % 10.81'i). Bunların da Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'ne 6'sı (Otomasyon sistemine kayıt edilenlerin % 2.31'i) bildirilmiştir (Şekil 8).



Şekil 8. Tüberküloz bildirimleri

BRUSELLOZ

Otomasyon kayıtlarına göre toplam 81 bruselloz olgusunun kaydı bulunmuştur. Bunların 54'ü erkek (% 66.66), 27'si kadındır (% 33.33). Klinik Bakteriyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları AD Polikliniği ve Servisi, bildirim en çok yapıldığı bölümlerdir (Tablo 14).

Tablo 14. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi otomasyon sistemine kaydedilen aylara göre bruselloz vakaları

Bölüm	Ocak-Şubat-Mart			Nisan-Mayıs-Haziran			Temmuz-Ağustos-Eylül			Ekim-Kasım-Aralık			Toplam	
	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek
Enf. Hast. Servisi	1	7	8	-	5	5	-	5	5	1	-	1	2	17
Enf. Hast. Pol.	4	8	12	-	2	2	2	3	5	5	11	16	11	24
Rad. Onk. Pol.	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Ort. Ve Travm. Pol.	1	1	2	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	2
Göğüs Hast ve Tbc Pol.	1	2	3	-	3	3	-	1	1	-	-	-	1	6
Psikiyatri Pol.	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Radyoloji Pol.	-	1	1	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	1
Çocuk Hst. Pol.	1	-	1	-	1	1	1	-	1	2	-	2	4	1
Çocuk Enf. Hast. Pol.	-	-	-	-	-	-	1	-	1	2	1	3	3	1
Çocuk Nörolojisi Pol.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-
Acil Servis	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	1	-
Mikrobiyoloji Lab.	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Gastroenteroloji Pol.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1
Toplam	10	20	30	-	11	11	5	9	14	12	26	26	27	54

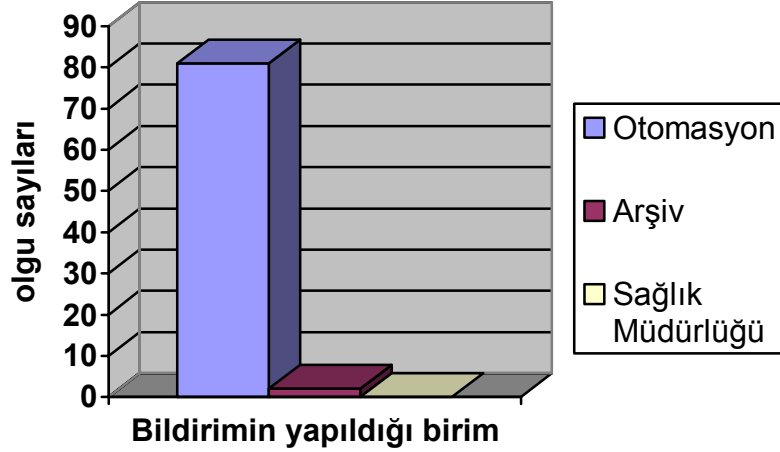
Enf: Enfeksiyon, **Hast:** Hastalıkları, **Pol:** Polikliniği, **Rad:** Radyasyon, **Onk:** Onkolojisi, **Ort:** Ortopedi, **Travm:** Travmatoloji, **Tbc:** Tüberküloz.

Otomasyon verileri bruselloz için yaş grubuna göre incelendiğinde; 45-64 yaş grubu Bruselloz bildirimini 22 erkek ve 8 kadın toplam 30 vaka olmak üzere diğer yaş gruplarından daha fazladır. Tüm bruselloz bildirimlerinin % 37.03'ü bu yaş grubuna aittir (Tablo 15).

Tablo 15. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi otomasyon sistemine kaydedilen yaş gruplarına göre bruselloz vakaları

Bölüm	0-11ay		1-4yaş		5-9 yaş		10-14 yaş		15-19 yaş		20-29 yaş		30-44 yaş		45-64 yaş		65+ yaş		Toplam	
	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
Enfeksiyon Hastalıkları Servisi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	3	2	3	-	7	-	2	2	17
Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniği	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2	3	2	3	7	4	9	-	4	11	24
Radyasyon Onkolojisi Polikliniği	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-
Ortopedi Polikliniği	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	-	-	1	2
Göğüs Hastalıkları Ve Tüberküloz Polikliniği	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	-	1	-	3	-	-	1	6
Psikiyatri Polikliniği	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-
Radyoloji Polikliniği	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	1	1
Çocuk Hastalıkları Polikliniği	2	-	-	-	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	1
Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Servisi	-	-	1	1	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1
Çocuk Nöroloji Servisi	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Acil Servis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-
Mikrobiyoloji Laboratuvarı	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Gastroenteroloji Servisi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Toplam	2	-	1	1	2	-	2	1	2	4	4	8	-	-	8	22	1	6	27	54

Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne bruselloz olgularının sadece 2 tanesi bildirilmiştir (% 2.46). Bununla birlikte, Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'ne ise bruselloz bildirim yapılmamıştır (% 0) (Şekil 9).



Şekil 9. Bruselloz bildirimleri

MENİNGOKOKSİK MENENJİT

Otomasyon kayıtlarında, meningokoksik menenjit tanısı ile toplam 6 vaka olup bunlar; Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Servisi'nden bildirilen 5 yaşında 1 kız, Çocuk Solunum Hastalıkları Servisi'nden 6 yaşında 1 kız ile Romatoloji BD ve Üroloji AD polikliniklerinden bildirilen, sırasıyla 47 ve 61 yaşında erkek hastalardır. Tablo 16 ve Tablo 17'de meningokoksik menenjit olgularının otomasyon sistemindeki dağılımları bölümlere ve yaş gruplarına göre belirtilmiştir.

Tablo 16. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi otomasyon sistemine kaydedilen aylara göre meningokoksik menenjit vakaları

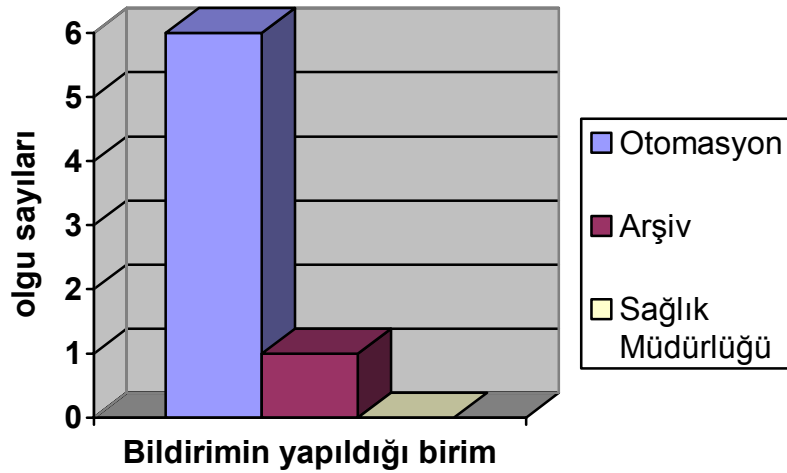
Bölüm	Ocak-Şubat-Mart			Nisan-Mayıs-Haziran			Temmuz-Ağustos-Eylül			Ekim-Kasım-Aralık			Toplam	
	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek
Çocuk Enf. Hast. Pol.	2	-	2	1	-	1	-	-	-	-	-	-	3	-
Çocuk Solunum Hast. Pol.	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-
Üroloji Pol.	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Romatoloji Pol.	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Toplam	2	-	2	2	2	4	-	-	0	-	-	0	4	2

Enf: Enfeksiyon, **Hast:** Hastalıkları, **Pol:** Polikliniği.

Tablo 17. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi otomasyon sistemine kaydedilen yaş gruplarına göre meningokoksik menenjit vakaları

Yaş grubu	Ocak-Şubat-Mart			Nisan-Mayıs-Haziran			Temmuz-Ağustos-Eylül			Ekim-Kasım-Aralık			Toplam	
	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek
1-4 yaş	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
5-9 yaş	1	-	1	2	-	2	-	-	-	-	-	-	3	-
45-64 yaş	-	-	-	-	2	2	-	-	-	-	-	-	-	2
Toplam	2	-	2	2	2	4	-	-	0	-	-	0	4	2

Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi arşivine meningokoksik menenjit olgularının sadece 1 tanesi bildirilmiştir (% 16.66). Bununla birlikte, Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'ne ise meningokoksik menenjit bildirim yapılmamıştır (% 0) (Şekil 10).



Şekil 10. Meningokoksik menenjit bildirimleri

KABAKULAK

Otomasyon kayıtlarına göre, 2007 yılında toplam 15 kabakulak tanısı konulmuştur. Acil Servis'den 6 ve Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Servisi'nden de toplam 4 vaka kaydı yapılmış olup, otomasyon sistemine en çok vaka kaydı yapan birimler bu bölümlerdir.

Otomasyon sistemine en çok olgu kaydı, 5 erkek, 2 kız olmak üzere 5-9 yaş grubundandır. Tablo 18 ve Tablo 19'da otomasyon sistemine kaydedilen, kabakulak vakalarının bölümlere ve yaş gruplarına göre dağılımları gösterilmiştir.

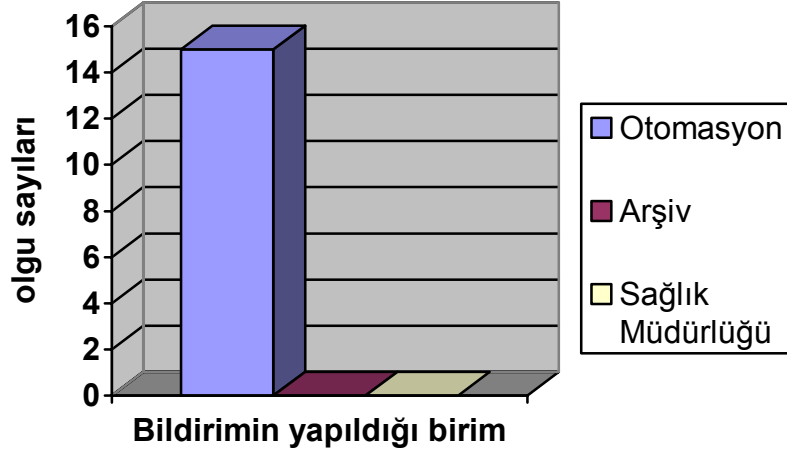
Tablo 18. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi otomasyon sistemine kaydedilen bölümlere göre kabakulak vakaları

Bölüm	Ocak-Şubat-Mart			Nisan-Mayıs-Haziran			Temmuz-Ağustos-Eylül			Ekim-Kasım-Aralık			Toplam	
	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek
Acil Servis	1	-	1	2	1	3	-	-	-	1	1	2	4	2
Çocuk Hastalıkları Polikliniği	-	-	-	-	3	3	-	-	-	-	-	-	-	3
Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Servisi	-	-	-	1	2	3	-	1	1	-	1	1	1	4
Sağlam Çocuk Polikliniği	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1
Toplam	1	-	1	3	6	9	-	2	2	1	2	3	5	10

Tablo 19. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi otomasyon sistemine kaydedilen yaş gruplarına göre kabakulak vakaları

Yaş grubu	Ocak-Şubat-Mart			Nisan-Mayıs-Haziran			Temmuz-Ağustos-Eylül			Ekim-Kasım-Aralık			Toplam	
	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek
0-11 ay	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	1	-	2
1-4 yaş	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5-9 yaş	-	-	-	2	5	7	-	-	-	-	-	-	2	5
10-14 yaş	1	-	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-	1	1
15-19 yaş	-	-	-	1	1	2	-	-	-	1	-	-	2	1
20-29 yaş	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1
Toplam	1	-	1	3	6	9	-	2	2	1	2	2	5	10

Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne ve Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'ne, otomasyon sistemine girilen 15 kabakulak olgusunun hiçbirisi bildirilmemiştir (% 0) (Şekil 11) .



Şekil 11. Kabakulak bildirimleri

EKİNOKOKKOZ

Otomasyon kayıtlarına göre 2007 yılında, ekinokokkoz tanısı alan toplam 40 vaka bulunmaktadır.

Otomasyon sisteminde yer alan ekinokokkoz vakalarının yaş gruplarına göre dağılımlarına bakıldığında; 30-44 ve 45-64 yaş gruplarının, 14'er tane vaka ile ilk sırada geldiğini görmekteyiz (Tablo 20).

Tablo 20. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi otomasyon sistemine kaydedilen yaş gruplarına göre ekinokokkoz vakaları

Hastalık	0-9 yaş		10-19 yaş		20 - 29 yaş		30-44 yaş		45-64 yaş		65 + yaş		Toplam	
	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
Ekinokokkoz	-	6	1	1	3	-	8	5	8	5	-	3	20	20

Otomasyon sistemine, Genel Cerrahi AD polikliniğinden yapılan kayıtlar, diğer bölümlere göre fazladır. Genel Cerrahi AD polikliniğinden toplam 23 kayıt olup bu tüm ekinokokkoz bildirimlerinin % 57.50'sidir. Tablo 21'de, otomasyon sistemine, ekinokokkoz vakası kaydı yapan diğer AD/BD'larına ait bilgiler yer almaktadır.

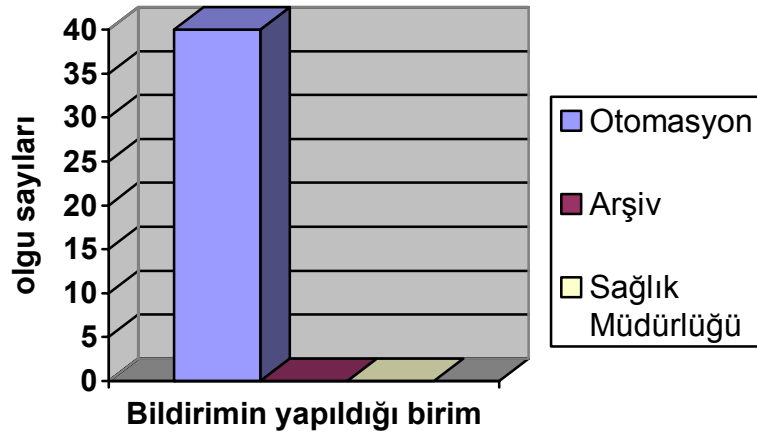
Tablo 21'de ekinokokkoz vakalarının mevsimsel dağılım özellikleri de belirtilmiştir. Ekim ve Kasım aylarında, ekinokokkoz vaka kaydının yoğun olduğu dikkati çekmektedir. 2007 yılının son 3 ayında, toplam 31 kayıt olup bu tüm ekinokokkoz bildirimlerinin % 77.50'sidir.

Tablo 21. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi otomasyon sistemine kaydedilen ekinokokkoz vakalarının bölümlere ve aylara göre dağılımı

Bölüm	Ocak-Şubat-Mart			Nisan-Mayıs-Haziran			Temmuz-Ağustos-Eylül			Ekim-Kasım-Aralık			Toplam	
	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek
Gastroenteroloji Pol.	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Göğüs Cerrahisi Servisi	-	-	-	1	1	-	1	-	1	-	1	1	2	1
Genel Cerrahi Pol.	-	1	1	-	-	-	-	1	1	14	7	21	14	9
Çocuk Cerrahi Pol.	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	3	3	-	4
Göğüs Cerrahi Pol.	-	-	-	1	1	-	-	1	1	1	-	1	2	1
İç Hast. Pol.	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1	1	1	1
Acil Servis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1
Göğüs Hast ve Tbc Pol.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1
Çocuk Cerrahi Servisi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1
Medikal Onkoloji Servisi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-
Toplam	1	1	2	2	2	-	2	3	5	16	15	31	21	19

Pol: Polikliniği, **Tbc:** Tüberküloz.

Ancak otomasyon sistemine kaydedilmiş olan, 40 ekinokokkoz vakasından hiçbirisi, TÜSAUM'ne ve Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'ne bildirilmemiştir (% 0) (Şekil 12) .



Şekil 12. Ekinokokkoz bildirimleri

HEPATİT A

Otomasyon sistemine toplam, 34 hepatit A kaydı yapılmıştır. Tablo 22’de de görüldüğü üzere, en fazla kaydı, 19 vaka ile (otomasyon sistemine kayıtlı hepatit A’lı hasta sayısının, %55.88’i) Klinik Bakteriyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları AD polikliniğinden olduğu görülmüştür. Ekim-Kasım-Aralık aylarında hepatit A bildirim, 24 bildirimle (%70.58) diğerlerinden fazladır.

Tablo 22. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi otomasyon sistemine kaydedilen hepatit A vakalarının bölümlere ve aylara göre dağılımı

Bölüm	Ocak-Şubat-Mart			Nisan-Mayıs-Haziran			Temmuz-Ağustos-Eylül			Ekim-Kasım-Aralık			Toplam	
	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek
Genel Dahiliye Pol.	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Gastroenteroloji Servisi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sağlam Çocuk Pol.	-	-	-	-	-	-	1	2	3	-	-	-	1	2
Gastroenteroloji Pol.	-	-	-	-	1	1	-	2	2	1	1	2	1	4
Acil Servis	-	-	-	-	-	-	2	1	3	-	-	-	2	1
Enfeksiyon Hastalıkları Pol.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	14	19	5	14
Çocuk Hast. Pol.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	3	1	2
Toplam	1	-	1	-	1	1	3	5	8	7	17	24	11	23

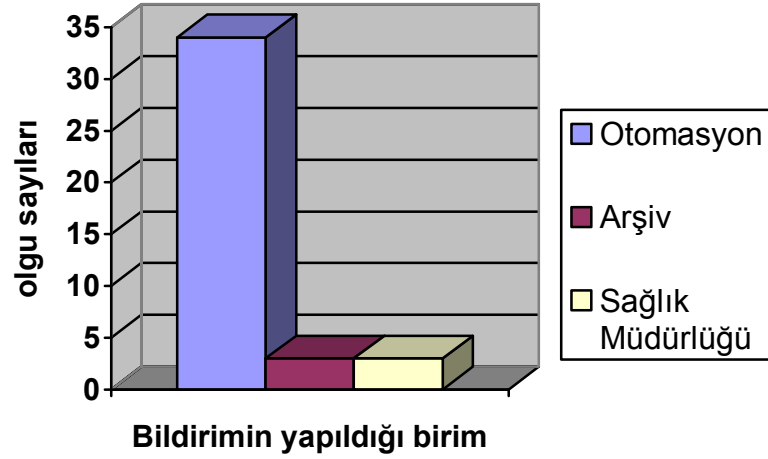
Pol: Polikliniği, **Hast:** Hastalıkları.

Otomasyon sistemine kaydedilen Hepatit A olgularının, yaş gruplarına göre dağılımları da Tablo 23’te gösterilmiştir.

Tablo 23. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi otomasyon sistemine kaydedilen hepatit A vakalarının yaş gruplarına göre dağılımı

Hastalık	0-9 yaş		10-14 yaş		15-19 yaş		20-29 yaş		30-44 yaş		45-64 yaş		65+ yaş		Toplam	
	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
Hepatit A	1	1	1	5	2	2	2	4	4	4	1	4	-	3	11	23

Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi arşivine, hepatit A olgularının 3’ü bildirilmiş (% 8.82) olup, bu 3 olgu Edirne İl Sağlık Müdürlüğü’ne de bildirilmiştir. (% 8.82) (Şekil 13) .



Şekil 13. Hepatit A bildirimleri

HEPATİT B

Otomasyon sistemindeki hepatit B kayıtlarının sayısı incelendiğinde; toplam 21 kaydın yapıldığı görülmüştür. Klinik Bakteriyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları AD servisinden, 13 kayıt olup bu rakam, otomasyon sisteminde yer alan hepatit B vakalarının, % 61.90'ını oluşturmaktadır.

Tablo 24 ve Tablo 25'te otomasyon sistemindeki, hepatit B olgularına ait bazı özellikler verilmiştir.

Tablo 24. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi otomasyon sistemine kaydedilen hepatit B vakalarının bölümlere ve aylara göre dağılımı

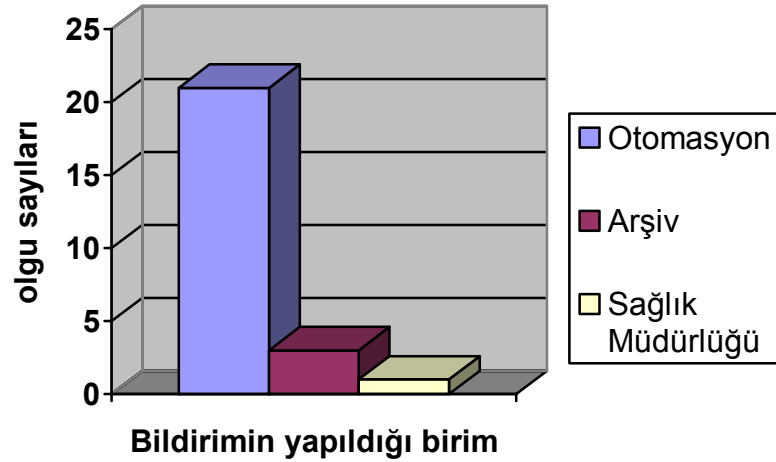
Bölüm	Ocak-Şubat-Mart			Nisan-Mayıs-Haziran			Temmuz-Ağustos-Eylül			Ekim-Kasım-Aralık			Toplam	
	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek
Enfeksiyon Hast. Servisi	1	1	2	1	1	2	2	3	5	3	1	4	7	6
Enfeksiyon Hast. Pol.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3	-	3
Gastroenteroloji Servisi	-	-	-	-	-	-	1	2	3	-	1	1	1	3
Acil Servis	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	1	-
Toplam	1	1	2	1	1	2	4	5	9	3	5	8	9	12

Hast: Hastalıkları, **Pol:** Polikliniği.

Tablo 25. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi otomasyon sistemine kaydedilen hepatit B vakalarının yaş grubu ve aylara göre dağılımı

Yaş grubu	Ocak-Şubat-Mart			Nisan-Mayıs-Haziran			Temmuz-Ağustos-Eylül			Ekim-Kasım-Aralık			Toplam	
	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek
0-11 ay	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1-4 yaş	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5-9 yaş	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10-14 yaş	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15-19 yaş	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20-29 yaş	-	-	-	1	-	1	1	2	3	-	1	1	2	3
30-44 yaş	-	1	1	-	1	1	2	-	2	3	2	5	5	4
45-64 yaş	1	-	1	-	-	-	-	3	3	-	2	2	1	5
65+ yaş	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	1	-
Toplam	1	1	2	1	1	2	4	5	9	3	5	8	9	12

Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi arşivine, hepatit B olgularının 3'ü bildirilmiştir (% 14.28). Bunların da Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'ne 1'i (% 4.76) bildirilmiştir (Şekil 14).



Şekil 14. Hepatit B bildirimleri

HEPATİT C

Otomasyon sistemindeki hepatit C kayıtları incelendiğinde; otomasyon sistemine, toplam 13 vaka kaydı yapılmıştır. Klinik Bakteriyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları AD servisinden ve Gastroenteroloji BD polikliniğinden olan 6 kayıt, toplam hepatit C olgu kayıtlarının % 46.15'ini oluşturmaktadır (Tablo 26).

Tablo 26. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi otomasyon sistemine kaydedilen hepatit C vakalarının bölümlere ve aylara göre dağılımı

Bölüm	Ocak-Şubat-Mart			Nisan-Mayıs-Haziran			Temmuz-Ağustos-Eylül			Ekim-Kasım-Aralık			Toplam	
	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek
Göğüs Hast ve Tbc Ser.	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Enfeksiyon Hast. Servisi	-	2	2	3	1	4	-	-	-	-	-	-	3	3
Gastroenteroloji Pol.	-	1	1	1	-	1	2	2	4	-	-	-	3	3
Toplam	1	3	4	4	1	5	2	2	4	-	-	-	7	6

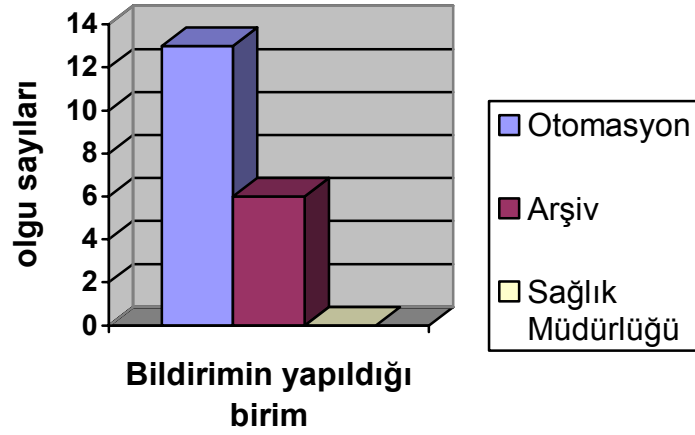
Hast: Hastalıkları, **Tbc:** Tüberküloz, **Pol:** Polikliniği, **Ser:** Servisi.

Yaş gruplarına göre hepatit C bildirimini incelendiğinde: 65 yaş ve üstü yaş grubundaki toplam 6 kaydın, tüm hepatit C kayıtlarının % 46.15'ini oluşturduğu göze çarpmaktadır. Bu sayı, diğer yaş gruplarından daha fazladır (Tablo 27).

Tablo 27. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi otomasyon sistemine kaydedilen hepatit C vakalarının yaş gruplarına ve aylara göre dağılımı

Yaş grubu	Ocak-Şubat-Mart			Nisan-Mayıs-Haziran			Temmuz-Ağustos-Eylül			Ekim-Kasım-Aralık			Toplam	
	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek
0-29 yaş	-	1	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1	1
30-44 yaş	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
45-64 yaş	1	-	1	2	1	3	-	-	-	-	-	-	3	1
65+ yaş	-	1	1	1	-	1	2	2	4	-	-	-	3	3
Toplam	1	3	4	4	1	5	2	2	4	-	-	-	7	6

Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi arşivine, hepatit C olgularının 6'sı bildirilmiştir (% 46.15). Bununla birlikte, Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'ne ise hepatit C bildirim yapılmamıştır (% 0) (Şekil 15).



Şekil 15. Hepatit C bildirimleri

SİFİLİZ

Otomasyondan alınan kayıtlara göre Mart, Nisan, Mayıs, Kasım, Aralık aylarında toplam 6 Sifiliz vakasının kaydı olmuştur (Tablo 28). TÜSAUM arşiv kayıtlarına göre, 8. ayda Dermatoloji AD polikliniğinden bildirim yapılmıştır. Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'ne Sifiliz'le ilgili bildirim yapılmamıştır.

Tablo 28. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi otomasyon sistemine kaydedilen sifiliz vakalarının bölümlere ve aylara göre bildirim

Bölüm	Ocak-Şubat-Mart			Nisan-Mayıs-Haziran			Temmuz-Ağustos-Eylül			Ekim-Kasım-Aralık			Toplam	
	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek
Mikrobiyoloji Lab.	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Dermatoloji Pol.	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Dermatoloji Servisi	-	-	-	-	2	2	-	-	-	-	1	1	-	3
Endokrinoloji Pol.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1
Toplam	1	-	1	-	3	3	-	-	-	-	2	2	1	5

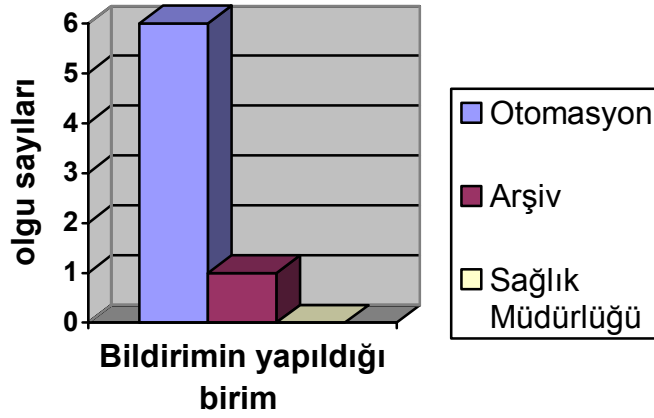
Lab: Laboratuvarı, **Pol:** Polikliniği.

Otomasyon sisteminde yer alan sifiliz vakalarının, yaş özellikleri Tablo 29'da belirtilmiştir.

Tablo 29. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi otomasyon sistemine kaydedilen sifiliz vakalarının yaş gruplarına göre dağılımı

Hastalık	20-29 yaş		30-44 yaş		45-64 yaş		65+ yaş		Toplam	
	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
Sifiliz	-	2	-	-	1	2	-	1	1	5

Yukarıda da belirtildiği gibi, TÜSAUM arşivine, sifiliz olgularının 1'i bildirilmiştir (% 16.66). Bununla birlikte, Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'ne ise sifiliz bildirim yapılmamıştır % 0) (Şekil 16).



Şekil 16. Sifiliz bildirimleri

DiĞER HASTALIKLAR

Yukarıda belirtilenlerin dışında, TÜSAUM otomasyon sistemine kayıt yapılmış olan hastalıklar ve bunları sisteme kaydeden birimler, aşağıda Tablo 30 ve Tablo 31'de belirtilmiştir:

Tablo 30. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi otomasyon sistemine kaydedilen diğer hastalıkların bölümlere göre dağılımı

Hastalık	Sağlam Çocuk Pol.		Plastik Cerrahi Servisi		Çocuk Hast Servisi		Çocuk Solunum Servisi		Mikrobiyoloji Laboratuvarı		Yenidoğan Bebek Pol.		Çocuk Nörolojisi Servisi		Enfeksiyon Hastalıkları Servisi		Romatoloji Pol.		Acil Servis		Nefroloji Servisi		T.Onkoloji Servisi		Psikiatri Pol.		Toplam		
	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	
Lepra	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Boğmaca	-	-	-	-	-	1	2	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	4
Rubella	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Yenidoğan tetanozu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Şarbon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Kızamık	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Tularemi	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	
A.poliomyelit	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Tifo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	
Kolera	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	1	1	1	2	
Hepatit D	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
E. Histolitika	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	
Sarı humma	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	

Bu olgular incelendiğinde, Sağlam Çocuk Polikliniği’nden de Uluslararası BZBH’lar listesinde yer alan, “Sarıhumma hastalığı” tanısı konulmuş 2 vaka kaydının, otomasyon sistemine girildiği görülmüştür.

Tablo 31. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi otomasyon sistemine kaydedilen diğer hastalıkların yaş gruplarına göre dağılımı

Hastalık	0-11 ay		1-4 yaş		5-9 yaş		10-19 yaş		20-29 yaş		30-44 yaş		45-65 yaş		Toplam	
	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
Lepra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Boğmaca	2	3	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	4
Rubella	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Yenidoğan tetanozu	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Şarbon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Kızamık	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Tularemisi	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-
A.poliomyelit	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Tifo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-
Kolera	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	1	1	2
Hepatit D	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
E. Histolitika	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Sarı humma	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2	-

Bu hastalıklardan sadece, entamoeba histolitika vakası hem TÜSAUM arşivine hem İl Sağlık Müdürlüğü’ne bildirilmiştir. Şarbon vakası ise sadece TÜSAUM arşivine bildirilmiştir. Diğer vakaların hiçbirisine ait bildirim kayıtları ne TÜSAUM arşivinde ne de İl Sağlık Müdürlüğü’nde yoktur.

Aşağıda TÜSAUM arşiv sistemine kaydedilmiş olan BZBH bildirimlerine dair bilgiler sıralanmıştır (Tablo 32).

Tablo 32. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi arşivinde, bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıkların aylara göre bildirim durumu

Hastalık	Ocak-Şubat-Mart			Nisan-Mayıs-Haziran			Temmuz-Ağustos-Eylül			Ekim-Kasım-Aralık			Toplam	
	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek
Tüberküloz	2	7	9	2	9	11	-	2	2	2	4	6	6	22
G.intestinalis	1	2	3	-	5	5	4	5	9	3	1	4	8	13
Bruselloz	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	1	2	-
Salm. sp.	-	-	-	-	1	1	1	-	1	1	-	1	2	1
Salm. diğer	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	2	2	-	3
Hepatit C	1	2	3	-	1	1	-	2	2	-	-	-	1	5
Meningokoksemi	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Salm.O8(C2-C3)	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1	1	-	2
Salm.O9D1	1	-	1	1	1	2	-	-	-	-	-	-	2	1
Shigella sonnei	-	-	-	-	-	-	1	1	2	3	-	3	4	1
Kuduz şüp. temas	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1
Tetanoz	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	1	-
Hepatit B	-	-	-	-	1	1	-	-	-	1	1	2	2	1
Sifiliz	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1
Shigella flexneri	-	-	-	-	-	-	1	1	2	-	-	-	1	1
Hepatit A	-	-	-	-	-	-	2	-	2	-	1	1	2	1
Şarbon	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1
Shigella dizanteri	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1
Salm. paratyphii	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-
E. histolica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-
Toplam	6	11	17	3	20	23	10	14	24	13	12	25	33	56

TÜSAUM'nin Arşiv kayıtları incelendiğinde; buradaki Form 014 ve Grup D Enfeksiyon Etkenleri Bildirim Fişine göre toplam 89 bildirim yapılmıştır. 28 bildirimle tüberküloz bildirimini ilk sırada gelmektedir. Bunu 21 bildirimle *Giardia intestinalis* bildirimini izlemektedir.

Arşiv kayıtları incelendiğinde, otomasyon sisteminden toplam 89 adet vakanın bildirimlerinin yapıldığı görülmüştür. Bildirilen olguların, bölümlere ve yaş gruplarına göre dağılımları, Tablo 33 ve Tablo 34'te özetlenmiştir:

Tablo 33. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi arşivinde, bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıkların bölümlere göre bildirim durumu

Hastalık	Çocuk Hematolojisi Servisi		Nefroloji Servisi		Göğüs Hast. ve Tbc Servisi		Çocuk Enfeksiyon Servisi		Mikrobiyoloji Laboratuvarı		Kadın Hast ve Doğum Servisi		Çocuk Hast. Servisi		Enfeksiyon Hastalıkları Servisi		Reanimasyon		Gastroenteroloji Servisi		Dermatoloji Servisi		Kan Merkezi		Toplam		
	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	
Tüberküloz	-	1	-	1	3	18	2	1	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	22
G.intestinalis	1	-	-	1	-	-	-	-	7	11	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	13
Bruselloz	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-
Salm. Sp.	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1
Salm. diğer	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Hepatit C	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	1	5	
Meningokosemi	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Salm.O8(C2-C3)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Salm.O9 D1	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1
Shigella sonnei	-	-	-	-	-	-	-	-	4	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	1
K.şüph.ısırık	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Tetanoz	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Hepatit B	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2	1
Sifiliz	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Sh. flexneri	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Hepatit A	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1
Şarbon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Sh. disanteria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Salm. paratifi	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
E. histolitika	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Toplam	1	1	-	2	3	18	3	2	18	21	1	-	2	2	3	4	1	-	1	-	-	1	-	5	33	56	

G: Giardia, Salm: Salmonella, Sh: Shigella, E: Entamoeba.

Tablo 34. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Arşivinde, bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıkların yaş grubuna göre bildirim durumu

Hastalık	0-4 yaş	5-9 yaş	10-14 yaş	15-19 yaş	20-29 yaş	30-44 yaş	45-64 yaş	65+ yaş	Toplam
Tüberküloz	3	-	1	-	5	4	11	4	28
G.intestinalis	4	4	4	-	6	-	3	-	21
Bruseloz	1	-	1	-	-	-	-	-	2
Salm.ent	1	1	1	-	-	1	3	-	7
Hepatit C	-	-	-	-	2	2	2	-	6
M.Menejit	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Salm.O8.C2-C3	1	-	1	-	-	-	-	-	2
Salm. O9-D1	1	-	-	-	-	-	1	-	2
Sh.sonnei	1	3	-	-	1	-	-	-	5
Kuduz şüp.temas	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Tetanoz	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Hepatit B	-	-	-	-	1	-	2	-	3
Sifiliz	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Sh.flexineri	-	-	-	-	1	-	-	1	2
Hepatit A	-	1	-	-	1	1	-	-	3
Şarbon	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Sh.disanteria	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Salm.paratifi	1	-	-	-	-	-	-	-	1
E.Histolitika	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Toplam	13	12	8	-	17	11	23	5	89

Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'ne, TÜSAUM' den bildirilmiş olan BZBH'ların aylara göre bildirim durumu incelendiğinde: 2007 yılında toplam 50 hastalığın bildirildiğini, bunların 26'sının erkek ve 24'ünün kadın olduğu görülmüş olup, en fazla bildirim toplam 21 bildirim ile *Giardia intestinalis* olduğu anlaşılmıştır. Diğer hastalıklar ve bunlara ait bildirim sayıları, Tablo 35 ve Tablo 36'da aylara ve yaş grupları özelliklerine göre belirtilmiştir.

Tablo 35. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nin, Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'ne bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıkların aylara göre bildirim durumu

Hastalık	Ocak-Şubat-Mart			Nisan-Mayıs-Haziran			Temmuz-Ağustos-Eylül			Ekim-Kasım-Aralık			Toplam	
	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek
SSPE	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Tüberküloz	-	1	1	-	1	1	-	2	2	2	-	2	2	4
G.İntestinalis	1	1	2	-	6	6	4	3	7	3	1	4	8	11
Salm.enteridis	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	1	-	2
A.Hem. Ateş	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Sh. Sonnei	-	-	-	-	-	-	1	1	2	2	-	2	3	1
Kuduz şüp.temas	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1
Sh. flexneri	-	-	-	-	-	-	1	1	2	-	-	-	1	1
Salm. Sp.	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	1	2	-
Hepatit A	-	-	-	-	-	-	2	-	2	-	1	1	2	1
Sh. disanteria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1
Hepatit B	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-
Sh. Boydii	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-
Salm. Paratyphi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-
Salm. 09D1	1	-	1	1	1	2	-	-	-	-	1	1	2	2
E. Histolitika	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-
Toplam	2	3	5	1	9	10	9	9	18	12	5	17	24	26

SSPE: Subakut sklerozan panensefalit, **Salm:** Salmonella, **Sh:** Shigella, **Hem:** Hemorajik, **E:** Entamoeba, **şüp:** şüpheli.

Tablo 36. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nin, Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'ne bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık yaş gruplarına göre bildirim durumu

Hastalık	0-4 yaş		5-9 yaş		10-14 yaş		15-19 yaş		20-29 yaş		30-44 yaş		45-64 yaş		65+ yaş		Toplam	
	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
SSPE	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Tüberküloz	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	3	-	-	2	-	2	4
G.İntestinalis	3	1	1	2	2	1	-	-	2	4	-	-	-	3	-	-	8	11
Salm.ent.	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2
A. Hem. Ateş	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Shigella Sonnei	-	-	2	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	3	1
Kuduz Şüp.Tem.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Shigella flexneri	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	1	1
Salmonella Sp.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	2	-
Hepatit A.	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	2	1
Shigella disanteria	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Hepatit B.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-
Shigella Boydii	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Salmonella Para.	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Salmonella 09D1	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2	2
E.histolitika	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Toplam	7	1	5	5	3	2	-	1	3	6	1	6	2	5	3	-	24	26

SSPE: Subakut sklerozan panensefalit, **Salm:** Salmonella.

Bu hastalıklara ek olarak, enteroinvaziv *E.coli*, Su çiçeği ve Riketsiyoz ise BZBH listesinde olmadıkları halde TÜSAUM'ne bildirilmiş olan hastalıklar da göze çarpmaktadır. Bu bildirimler ile ilgili bilgiler de şöyledir: 1 tane enteroinvaziv *E.coli*, 2 tane su çiçeği ve 1 tane riketsiyoz bildirim, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD bölümünden bildirilmiştir.

Tablo 37'de, Otomasyon-Arşiv-İl Sağlık Müdürlüğü'nde yer alan BZBH'lar gösterilmiştir:

Tablo 37. Otomasyon – Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi arşiv -Sağlık müdürlüğü’ ne ait bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıkların aylara göre bildirim durumu

Hastalık	Ocak			Şubat			Mart			Nisan			Mayıs			Haziran			Temmuz			Ağustos			Eylül			Ekim			Kasım			Aralık			Toplam		
	O	A	S	O	A	S	O	A	S	O	A	S	O	A	S	O	A	S	O	A	S	O	A	S	O	A	S	O	A	S	O	A	S	O	A	S			
SSPE	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	1
G.intestinalis	-	2	-	-	1	2	-	-	-	-	1	1	-	1	2	-	3	3	-	4	3	-	4	3	-	1	1	-	1	1	-	2	2	-	1	1	-	21	19
Tüberküloz	7	2	-	3	2	1	11	5	-	8	4	-	17	3	1	19	4	-	25	1	1	42	-	-	34	1	1	36	-	-	43	2	2	14	4	-	259	28	6
Bruseloz	2	-	-	21	-	-	7	1	-	3	-	-	4	-	-	4	-	-	3	-	-	6	-	-	5	-	-	15	-	-	4	-	-	7	1	-	81	2	-
M.menanjit	1	-	-	-	-	-	1	-	-	2	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	1	-
Kabakulak	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	4	-	-	4	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	15	-	-
Ekinokkoz	1	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	2	-	-	3	-	-	15	-	-	12	-	-	4	-	-	40	-	-	
Hepatit A	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	3	-	-	4	2	2	9	-	-	1	1	1	14	-	-	34	3	3
Hepatit B	1	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	3	1	-	4	-	-	2	-	-	3	1	1	3	-	-	2	1	-	21	3	1
Hepatit C	1	-	-	1	1	-	2	2	-	-	-	-	1	1	-	4	-	-	2	-	-	2	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	6	-
Salm.09-D1	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	3	3
Sifiliz	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	6	1	-
Lepra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Boğmaca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	1	-	-	2	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-	-
Rubella	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
S.sonnei	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	1	1	-	2	1	-	-	-	-	5	4	
K.ştip.isırık	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	
Tetanoz	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	
S.flexneri	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	
S.diğer	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-	-	-	-	3	2	
Yenidoğ. tetanozu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	
Şarbon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-
Kızamık	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	
Salm.sp	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	1	1	-	1	1	-	-	-	-	-	3	2
Sarı humma	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-
Tularemi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-
S.disanteria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1	
Kolera	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-
Tifo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
S.boydi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	
A.poliomyelit	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	
E. Histolitika	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1
Hepatit D	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-
A.hem.ateş	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
S.08 C 2-C 3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2	1
S.paratifi C	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	1	1

A: Arşiv, O: Otomasyon, S: Sağlık müdürlüğü, SSPE: Subakut sklerozan panensefalit.

Bütün bu verilerden sonra, TÜSAUM otomasyon sistemine kayıtlı olgu sayıları ile, TÜSAUM arşiv ve Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'ne yapılan bildirim sayılarının arasındaki farkı incelediğimizde ise; otomasyon sistemine kaydı yapılan hastalıkların 457 adetinin arşiv sistemine, 491 adetinin de İl Sağlık Müdürlüğüne bildirilmediği ortaya konulmuştur (Tablo 38, Tablo 39).

Tablo 38 . Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi otomasyon sisteminden, arşive bildirim yapılmamış vakalar

Hastalıklar	Toplam
SSPE	4
Tüberküloz	231
Bruselloz	79
M.menenjit	5
Kabakulak	15
Ekinokkoz	40
Hepatit A	31
Hepatit B	18
Hepatit C	7
Sifiliz	5
Lepra	1
Boğmaca	7
Rubella	1
Yenidoğan tetanozu	1
Kızamık	2
Sarı humma	2
Tularemi	2
Kolera	3
Tifo	1
A.poliomyelit	1
Hepatit D	1
Toplam	457

SSPE: Subakut sklerozan panensefalit, **M:** Meningokoksik, **A:** Akut.

Tablo 39. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi otomasyon sisteminden, Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'ne bildirim yapılmamış vakalar

Hastalıklar	Toplam
SSPE	3
Tüberküloz	253
Bruselloz	81
M.menenjit	6
Kabakulak	15
Ekinokkoz	40
Hepatit A	31
Hepatit B	20
Hepatit C	13
Sifiliz	6
Lepra	1
Boğmaca	7
Rubella	1
Yenidoğan tetanozu	1
Kızamık	2
Sarı humma	2
Tularemi	2
Kolera	3
Tifo	1
A.poliomyelit	1
Hepatit D	1
Tetanoz	1
Toplam	491

SSPE: Subakut sklerozan panensefalit.

Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi arşivinden de Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'ne, toplam 42 olgunun bildirim yapılmadığı görülmüştür (Tablo 40).

Tablo 40. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi arşivinden Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'ne bildirim yapılmamış vakalar

Hastalıklar	Toplam
G.İntestinalis	2
Tüberküloz	22
Bruselloz	2
M.menenjit	1
S.diğer	1
S.sp	1
S. 08 C2 -C3	1
Hepatit B	2
Hepatit C	6
Sifiliz	1
S. Sonnei	1
Tetanoz	1
Şarbon	1
Toplam	42

BZBH'lerinin, “otomasyon- arşiv-Sağlık Müdürlüğü zinciri”ndeki bildirim durumları ve bildirim eksikliğine ait oranlar da tablo 41’de belirtilmiştir(Tablo 41).

Tablo 41. Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıkların, Otomasyon – Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi arşiv -Sağlık müdürlüğü’ ne bildirim durumu

Hastalık	Bildirilen (%)		Bildirilmeyen (%)	
	O-A	O-S	O-A	O-S
SSPE	0.00	25.00	100.00	75.00
G.intestinalis	-	-	-	-
Tüberküloz	10.81	2.31	89.19	97.69
Bruseloz	2.46	0.00	98.54	100.00
M.menenjit	16.66	0.00	93.34	100.00
Kabakulak	0.00	0.00	100.00	100.00
Ekinokkoz	0.00	0.00	100.00	100.00
Hepatit A	8.82	8.82	91.18	91.18
Hepatit B	14.28	4.76	85.72	95.24
Hepatit C	46.15	0.00	53.85	100.00
Salm.09-D1	-	-	-	-
Sifiliz	16.66	0.00	93.34	100.00
Lepra	0.00	0.00	100.00	100.00
Boğmaca	0.00	0.00	100.00	100.00
Rubella	0.00	0.00	100.00	100.00
S.sonnei	-	-	-	-
K.şüp.ısırık	-	-	-	-
Tetanoz	100.00	0.00	0.00	100.00
S.flexneri	-	-	-	-
S.diğer	-	-	-	-
Yenidoğan tetanozu	0.00	0.00	100.00	100.00
Şarbon	100.00	0	0.00	100.00
Kızamık	0	0	100.00	100.00
Salm.sp	0	0	100.00	100.00
Sarı humma	0	0	100.00	100.00
Tularemi	0	0	100.00	100.00
S.disanteria	-	-	-	-
Kolera	0	0	100.00	100.00
Tifo	0	0	100.00	100.00
S.boydi	-	-	-	-
A.poliomyelit	0	0	100.00	100.00
E. Histolitika	100.00	100.00	0.00	0.00
Hepatit D	0	0	100.00	100.00
A.hem.ateş	-	-	-	-
S.08 C 2-C 3	-	-	-	-
S.paratifi C	100.00	100.00	0.00	0.00

O: Otomasyon, **A:** Arşiv, **S:** Sağlık müdürlüğü

Çalışmamızda ayrıca; bildirim formlarıyla ilgili olarak yazılan bilgilerin okunabilecek nitelikte yazılmadığı, formların eksik doldurulduğu, form hangi bölümde dolduruluyorsa o bölümde doldurulması gereken form 016'ların hiç doldurulmamış olduğu da gözlenmiştir. Arşiv kayıtlarının düzenli tutulmayışı ve form 016'nın hiç doldurulmayışı da bulgularımız arasındadır.

TARTIŞMA

Umumi Hıfzısıhha Kanunu'na göre mevzuattan kaynaklanan bir zorunluluk olmasına rağmen, ülkemizde bulaşıcı hastalık bildirimlerinin yeterli düzeyde olmadığı bir gerçektir (23).

Biz de bu çalışmamızı düzenlerken, hastanemize ait BZBH'ların bildirim durumlarını, bildirimle ilgili sorunları ve olası nedenlerini ortaya koymayı amaçladık.

Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde 2007 yılındaki BZBH'larının bildirim durumu incelendiğinde; Otomasyon kayıtlarına göre, mükerrer bildirimler hariç olmak üzere toplam, 505 başvuru kaydedilmiştir. TÜSAUM'nin Arşiv kayıtlarında ise bu bildirimlerden sadece 89 tanesi (% 17.63) bulunmaktadır. Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'ne de bu 89 vakadan toplam 50 tanesinin (otomasyon kayıtlarının % 9.90'ı, TÜSAUM arşiv kayıtlarının % 56.18'i) bildirim yapılmıştır.

Çalışmada kayıtlarda yazılı olan tanımlar esas alınmıştır. Hastalık etkeni olarak yapılmış olan bildirimlerin tanısı laboratuvar olarak konmuştur.

Otomasyon sistemine kaydı yapılan bulaşıcı hastalık değerlendirmesine göre ilk sırayı tüberküloz almıştır. (Toplam 259 olgu, % 51.28). Bunu bruselloz izlemektedir. (Toplam 81 olgu, % 16.03). Her iki cinsiyette de ilk sırayı alan hastalıklar değişmemiştir.

Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi arşiv kayıtlarında da, 28 bildirimle tüberküloz bildirimini ilk sıradadır. Bunu 21 bildirimle *Giardia intestinalis* izlemektedir. Otomasyon kayıtlarına göre ikinci sırada olan bruselloz bildirimini ise, TÜSAUM arşiv kayıtlarına göre ise sadece 2 bildirimden oluşmaktadır .

Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nden Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'ne yapılan bildirimlere göre ise, 8'i kadın, 11'i erkek olmak üzere 19 bildirim ile

Giardia intestinalis tanısı alan bildirimler ilk sırada gelmektedir. Bunu 6 bildirimle tüberküloz izlemektedir .

Çalışmamızı, aynı konuda yapılmış başka çalışmalara ait verilerle mukayese etmek için literatür taraması yaptığımızda karşımıza bazı çalışmalar çıkmıştır.

Bunlardan birisi Erzurum Atatürk Üniversitesi tarafından yapılmış bir çalışmadır. Bu çalışmada; Erzurum’da Ocak 1997-Haziran 2000 tarihleri arasında İl Sağlık Müdürlüğü Form 017 BZBH kayıtlarına göre, 6538 bulaşıcı hastalığın bildirim yapıldığı tespit edilmiştir. Bildirimi yapılan hastalıkların yıllara göre dağılımı incelendiğinde Streptokok anjini ilk sırada gelmektedir (% 67.69). Bunu izleyen bildirimler ise şöyledir: Kızamık (% 6.22), amipli dizanteri (% 5.73), hepatit A (% 5.67), tüberküloz (% 3.10), bruselloz (% 2.64), basilli dizanteri (% 2.32), şarbon (% 1.75), kızıl (% 1.49), hepatit B (% 1.33), tifo (% 1.05), meningokok menenjitisi (% 0.39), sifiliz (% 0.19), paratifo (% 0.07), sıtma (% 0.07), boğmaca (% 0.06), trahom (% 0.04), kala azar (% 0.03), difteri (% 0.01), tetanoz (% 0.01), Guillan Barre (% 0.01) ve lepra (% 0.01) (24).

Bu rakamın her ne kadar bizim çalışmamızda saptadığımız 50 bildirim sayısı ile uyumlu olmadığı gözükse de, her iki ilin toplam nüfuslarındaki Erzurum lehine olan yaklaşık iki kat fark, bizim çalışmamızın verilerinin TÜSAUM kaynaklı olması ve sadece 2007 yılını kapsaması gibi nedeniyle, çalışmamızın bildirim rakamlarını bu çalışmadaki toplam bildirimler ile birebir kıyaslamak doğru olmayabilir.

Otomasyon sistemine yapılan, kayıtların arasında “sıtma” hastalığının olmaması, dikkat çekici bir bulgudur. Bölgenin coğrafi koşulları göz önüne alındığında bu durum, hastalık etkeni olan vektörlerle mücadelenin etkin olduğu düşüncesini akla getirebilir.

Tüberküloz hastalığı, ülkemiz için güncelliğini ve önemini koruyan bir hastalık olmayı sürdürmektedir. Hastalığın görülme sıklığı, 1970’lerden sonra azalmakla birlikte, 1980’lerin ortalarından sonra tekrar yükselme eğilimi göstermiştir. Yetersiz beslenme, nüfus hareketlerinde artış, sağlıksız kentleşme gibi etkenler bu artışta etkili olabilirler (25). BZBH’lar arasında ölüme yol açma riski nedeniyle de tüberküloz, önemli bir yere sahiptir (24). Özellikle BZBH’a bağlı 48 ölüm olgusunun 34 tanesinde ölüm nedeninin tüberküloz hastalığına bağlı olması çok çarpıcı bir sonuçtur (26).

Tüberküloz hastalığı, gelişmiş ülkelerde de ciddi bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Amerika Birleşik Devletleri’nde 2006 yılında 13767 yeni tüberküloz vakasının görüldüğü yapılan çalışmalarda ortaya konulmuştur (27). Bu sayı her ne kadar önceki yıllara oranla daha az olsa da, bu durum bildirim sistemi ve hastalıkla mücadele programlarının bir başarısı olarak ortaya çıkmaktadır. Toplumların gelir düzeyi, dışarıdan göç alma oranları,

coğrafik bazı özellikleri, sağlığa ayrılan bütçe gibi etkenler, tüberküloz insidansında, ülkeler arasındaki farklılığa neden olmaktadır (28).

Çalışmamız sonucunda BZBH içinde hastane otomasyon sistemine en çok kaydı yapılan hastalığı, 259 olgu ile (tüm bildirilen vakaların, % 51.28'si) tüberküloz vakaları oluşturmaktadır. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nün 1980-89 yılları arasındaki tüberküloz hastalığı bildirimleri, tüm BZBH'lar arasında 4114 olgu/yıl ile ilk sırada gelmektedir (25). Bu rakamlar, çalışmamızdaki tüberküloz bildirimlerine dair sonucumuz ile uyumludur. Buna karşın, Denizli ilinde yapılmış benzer bir başka çalışmada ise tüberküloz olguları, en çok bildirilen ilk 5 hastalık içerisinde yer almamıştır (29).

Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi otomasyon kayıtlarından, tüberküloz vaka kayıtlarının mevsimlere göre dağılımı incelendiğinde, Temmuz-Ağustos-Eylül aylarına ait dönemde, yoğun olduğu görülmüştür (toplam 101 olgu, otomasyon sistemindeki tüberküloz olgularının % 38.99'u).

Olgular, yaş gruplarına göre incelendiğinde de; 30-44 yaş grubunda 39 (otomasyon sistemindeki tüberküloz olgularının % 15.05'i), 45-64 yaş grubunda ise 76 (otomasyon sistemindeki tüberküloz olgularının % 29.34'ü) olgunun yer aldığı tespit edilmiştir. Yaş grubuna ait verilerimiz, Erzurum ve yöresinde yapılmış olan çalışmanın verileri ile benzer niteliktedir. Bu bahsedilen çalışmada da tüberküloz olgularının en sık 25-44, sonra da 45-64 yaş grubunda yer aldığı bildirilmiştir (24).

Bruselloz olguları, çalışmamızın sonucunda otomasyon sistemine en sık kayıt edilen, ikinci BZBH grubunu oluşturmaktadır. Hastanemiz otomasyon sistemine, 27 kadın ve 54 erkek olmak üzere toplam 81 adet bruselloz olgu verisi girilmiştir .

Otomasyon sistemine kayıt edilen, bruselloz olgularının aylara göre dağılımlarına bakıldığında, vakaların, Ocak, Şubat, Mart aylarına ait dönemde, 30 olgu ile yoğunlaştığı, bunu 26 olgu ile Ekim, Kasım, Aralık döneminin izlediğini görmekteyiz .

Bruselloz olguları hakkındaki bulgularımız, İstanbul bölgesine ait 10 yılı içeren BZBH verilerine dair yapılmış olan çalışmadaki, bruselloz verilerinin sıklık ve olguların yıl içindeki dağılımları bakımından farklılık göstermektedir(25). Bahsedilen çalışmada, bruselloz olgularının en sık yaz aylarında görüldüğü ve 10 yılda toplam 321 bildirimle de en sık bildirilen hastalıklar arasında yer almadığı sonucu elde edilmiştir (25).

Edirne ve yöresinde hayvancılık ve hayvan ürünleri ile uğraşanların sayısının İstanbul iline göre daha fazla olmasının bu görülme sıklığındaki farklılığa yol açtığı akla gelebilir.

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Denizli İl Sağlık Müdürlüğü'nce, 1998 yılında yapılan Denizli ilindeki bulaşıcı hastalık değerlendirmesine göre, toplam 1286 bulaşıcı

hastalık bildirimini yapılmıştır (29). Her iki ilin nüfus yoğunluğu arasındaki farklılık, (Edirne Toplam Nüfus: 396.000, Denizli Toplam Nüfus: 500.000) ve diğer çalışmanın verilerini oluşturan kaynakların birden fazla olmasına bağlı olarak çalışmamızın toplam bildirim rakamı daha az gibi gözükmektedir.

Bildirimleri yapan kurumlar da; Denizli Devlet Hastanesi ile merkezi ve ilçelere bağlı sağlık ocakları, Denizli Sosyal Sigortalar Kurumu Bölge Hastanesi, Pamukkale Üniversitesi Eğitim–Uygulama ve Araştırma Hastanesi, özel hekimler, özel hastaneler, Milli Eğitim Bakanlığı Dispanseri, Buldan Göğüs Hastanesi ve Askeri Hastane'dir (29).

Bildirimi yapılan hastalıkların 134'ü klinik, 53'ü laboratuvar, 79'u ise klinik ve laboratuvar olarak tanısı konulan hastalıklardır. Geri kalan olgularda ise nasıl tanı konulduğu belirtilmemiştir. Bildirimi yapılan hastalıklar arasında ilk sırayı hepatit A (% 48,4) almıştır. Bunu kızamık (% 15,0), bruselloz (% 12,2), kızıl (% 5,4) ve hepatit B (% 4,0) izlemiştir. Her iki cinsiyette de ilk sırayı alan hastalıklar değişmemiştir (29). Bu çalışmadaki viral hepatit verileri ve bruselloz olgularına dair veriler, bizim çalışmamızın Bruselloz ve viral hepatit sonuçları ile uyumludur.

Bu çalışmada, bulaşıcı hastalıkların yaş grubuna göre dağılımına bakıldığında ise; 0-14 yaş grubunda hepatit A ilk sıradadır. Bunu kızamık ve streptokoksik anjin izlemektedir. Erişkin nüfus ve yaşlı nüfusta ilk sırayı bruselloz olguları (sırasıyla % 28.1 ve % 52.5) almaktadır (29).

Yukarıda sonuçlarından bahsedilen çalışmada yer alan bruselloz olguları hakkındaki sonuçlar, bizim otomasyon sistemine bildirimlerimiz ile uyum içerisindedir. Her iki çalışmada da bruselloz olguları bulaşıcı hastalıklar içerisinde en sık rapor edilenler arasında üst sıralarda yer almaktadır. Denizli ve yöresinde de hayvancılık sektörünün yaygın olmasının bu sıklık sıralamasını oluşturduğu öne sürülebilir.

Bruselloz ile ilgili verilerimiz Edirne ve yöresinde yaygın olan hayvancılığın yanı sıra çiğ süt ve peynir tüketimlerinin fazla olduğunu ve bu konu ile ilgili denetimlerin eksikliğini ve yetersizliğini akla getirebilir.

İnsan brusellozu ile etkin mücadele edebilmek için de evcil hayvanların (koyun, keçi, sığır, manda gibi) denetimleri önemlidir. Ayrıca hastalığın temas yoluyla bulaşmasını önlemek için, hayvancılıkla uğraşan çalışanların, hayvan atıkları ile temas etmemeleri ve eldiven kullanmaları konusunda eğitilmeleri gereklidir (30).

Çalışmamızda, ekinokokkoz hastalığı da, otomasyon sisteminde toplam 40 tane olgu kaydı ile hastalık sıralamasında 3. sırada yer almaktadır. Olguların 26 tanesi 30-44 ve

45-65 yaş aralığında yer almakta olup sonbahar ve kış aylarında belirgin bir artış gözlenmektedir .

Ekinokokkoz olgularının bu sıralamadaki yeri benzer nitelikteki diğer çalışmalarda ortaya konulmamıştır. Edirne ve yöresinde yaygın olan hayvancılık ile uğraşan kişilerin çokluğu ve evcil hayvanlarla temas sonrası bu yüksek bildirim sayıları ortaya çıkmaktadır.

Otomasyon sistemine kaydedilmiş olan, hepatit A, B, C enfeksiyonlarının toplamı da sırasıyla, 34, 21 ve 13 olmak üzere toplamda, 68 vaka (% 13.46) ile üçüncü en sık bildirilen BZBH'lardır . Bu verilerimiz de 1980 -1989 yılları arasında İstanbul' da, İl Sağlık Müdürlüğü verileri üzerinde yapılmış olan çalışma sonuçları ile uyum göstermektedir (25). Bu çalışmada da enfeksiyöz hepatitler, yılda 3696 olgu ile tüberkülozdan sonra ikinci sırayı almaktadırlar (25).

Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü'ne 1997-2000 yılları arasında yapılmış olan bildirimler ile Malatya ve Kayseri İl Sağlık Müdürlük'lerine 10 yıllık dönemde yapılmış olan bildirimlerin incelendiği çalışmalarda da, hepatit A ve hepatit B bildirimleri, BZBH sıralamasında önde gelen hastalıklar arasında yer almaktadırlar (24,26,31).

Otomasyon sistemine kaydedilmiş olan, hepatit B'li olgularımız yaş gruplarına göre incelendiğinde en çok vakanın (toplam 9 vaka, bildirilen Hepatit B vakalarının % 42.85'i) 30-44 yaş aralığında olduğu ikinci sırada ise toplam 5 vaka (bildirilen hepatit B vakalarının % 23.80'i) ile 20-29 yaş grubunun geldiğini görmekteyiz.

Hepatit B'li hastalarda yaş grubunda öne çıkan bu durum Erzurum'da yapılmış olan diğer çalışmanın sonuçları ile de uyumludur (24).

Çalışmamıza göre, otomasyon sistemine, 0-29 yaş aralığında hepatit B olgusu kaydı yapılmamıştır. Bu durum, 1998 yılında başlayan, 0-12 ay bebeklerin aşılama programı ile kısmen açıklanabilir. Bununla birlikte aşılama kampanyası öncesinde doğan kişiler için bu açıklama geçerli değildir.

Çalışmamızda, hepatit A olguları, otomasyon sistemindeki BZBH'lar arasında, 34 vaka (otomasyon sistemine kaydedilen vakaların % 6.73'ü) ile 4. sırada yer almaktadır .

İzmir –Konak Sağlık Grup Başkanlığı'nın 1999 yılı çalışma raporunda da , bu bölgede 1998 yılında görülen BZBH içinde ilk sırayı kızamık (% 14.7) almakta, bunu kuduz riskli temas (% 7.4) ve hepatit A (% 4.9) izlemektedir (32). Bu çalışmanın sonucunda da, hepatit A bildirimimiz bizim çalışmamıza benzer olarak, yapılan tüm bildirimler arasında üst sıralarda tespit edilmiştir.

Bin dokuz yüz doksan sekiz yılında, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Denizli İl Sağlık Müdürlüğü'nce yapılan Denizli ilindeki bulaşıcı hastalıkların değerlendirmesinde

tüm yaş grupları birlikte incelendiğinde, hepatit A ilk sırayı hepatit B ise 5. sırayı almıştır (29). Bu çalışmanın verileri de, bizim çalışmamızdaki viral hepatit bildirim sonuçları ile uyumludur.

Denizli çalışmasında, hepatit A olguları 0-14 yaş aralığında yoğunlaşmakta iken bizim çalışmamızın verilerinde ise 30-44 yaş aralığı, 8 vaka ile, vakaların en sık olduğu aralık olarak öne çıkmaktadır (29). 10-14 yaş aralığı ise toplam 6 vaka ile ikinci sırada gelmektedir . Bu erken yaşlardaki bildirimler, özellikle okullarda verilen/verilmesi gereken, sağlık eğitiminin önemini göstermektedir.

Bildirilen hepatit A olguları mevsim itibarıyla da yukarıda bahsedilen Denizli ilindeki çalışma verileri ile benzer şekilde sonbahar ve kış aylarında daha yoğun olarak izlenmiştir (29).

Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre ülkemizde, 7. sırada yer alan hepatit A ve B, 2007 yılında çalışmamızda, daha üst sıralarda yer almıştır (30).

Ayrıca, otomasyon sistemindeki olgu kayıtlarında, su ve besinlerle bulaşan hastalıkların (ekinokokkoz, hepatit A, bruselloz, tifo, kolera, tularemi) toplamı 162 olup bu da otomasyon sistemindeki toplam kayıt sayısının % 32.07'sini oluşturmaktadır.

Kabakulak hastalığı toplam 15 olgu ile otomasyon sisteminde yer almaktadır. Bu olguların yaş ve aylara göre dağılımlarına baktığımızda; 5-9 yaş aralığı ve Nisan, Mayıs, Haziran aylarında vakaların toplandığını görmekteyiz .

Boğmaca olgu bildirimleri de çalışmamızın sonucunda otomasyon sisteminde, 7 adet bildirim ile ortaya konulmuştur. Başka çalışmalarda da benzer oranlar ve sayılara rastlamak mümkündür (24,25,29).

Meningokoksik menenjit hastalığı da otomasyon sistemi verilerinde yer alan hastalıklar arasındadır. Rapor edilen 6 olgunun 4'ü kadın 2'si de erkek hastalardan oluşmaktadır.

Bu olguların aylara göre dağılımına baktığımızda kış ve bahar aylarında yer aldıklarını görmekteyiz . Çalışmamızda gözlenen hastalığın bu mevsimsel dağılım özelliği de İstanbul iline ait 10 yıllık bildirim sonuçlarındaki menokokoksik menenjitli olguların mevsimsel dağılım niteliği ile uyumlu gözükmektedir (25).

Meningokoksik menenjit olgu bildirimleri, Erzurum bölgesinde yapılmış olan çalışmada da rapor edilmiştir (24). Bu çalışmada, 1997-2000 yılları arasında toplam 26 olgu bildirimini yapılmıştır (24).

Diğer çalışmaların hemen hepsinde önemli sayıda vaka bildirimlerinin yapıldığı tifo/paratifo hastalığı, çalışmamız neticesinde otomasyon sisteminde sadece 2 adet olgu kaydı

yapılmıştır. Üstelik otomasyon sisteminde yer alan 1 tifo ve 1 paratifo olgularından, sadece paratifo C olgusu, arşiv ve Sağlık Müdürlüğü'ne bildirilmiştir. Bu farkın gerekçesi olarak hastalığın Edirne yöresinde daha az görüldüğünü düşünmektense, bildirim zincirinde olan aksaklığın bu sonuca yol açtığını öne sürmek daha akılcı olacaktır.

Bin dokuz yüz doksan üç ile iki bin yılları arasında İstanbul İlindeki bildirim zorunlu hastalıkların durumunu inceleyen çalışmaya göre, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne 1994-1997 yıllarında ortalama yıllık 100 tifo vakasının bildirildiği, 1995 yılında 120 vakaya ulaştığı, 1998 yılından itibaren hızlı bir düşüşe geçtiği ve 2000 yılında bildirim 23 vaka düzeyine indiği tespit edilmiştir. Fakat benzer yolla bulaşan paratifo vakalarında bu seyrin gözükmediği, 1998 ve 2000 yılları haricinde tifo vakaları azalırken paratifo vakalarının arttığı, 1998 yılında her iki hastalığında ciddi olarak düştüğü ve 2000 yılında paratifo vakasının bildirilmediği gözlenmektedir (33).

Denizli ilinde, 1998 yılında bildirim yapılan bulaşıcı hastalıkların içerisinde de tifo ve paratifo olguları sayıları; 69 ve 5 vaka olarak belirtilmiştir (29).

Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü'ne 1997-2000 yılları arasında yapılmış olan bildirimler arasında da tifo ve paratifo hastalıkları yer almışlardır (24). Bahsedilen bu çalışmada olgu sayıları toplam 4 yıl içerisinde tifo 69, paratifo için ise 5 bildirim şeklindedir.

İstanbul ilinde yapılmış olan 10 yıllık bir dönemi kapsayan çalışmanın sonuçları arasında da tifo ve paratifo hastalıkları bildirimleri yer almaktadır (25). İstanbul'da, 1980-1989 yılları arasında tifo hastalığına ait toplam 128, paratifo hastalığına ait ise toplam 33 vaka bildirim yapılmıştır.

Çalışmamızda yer alan tifo hastası, ekim ayı içerisinde bildirmiş olup, diğer çalışmalarda da tifo hastalığının yaz ve sonbahar aylarında artış gösterdiği sonucu ile uyumludur (25,29).

Erzurum ve Denizli bölgelerinde yapılmış olan çalışmalarda kızamık hastalığı BZBH'lar listesinde sırasıyla birinci ve ikinci sırayı almakta iken (% 57.9 ve % 15) bizim çalışmamızın sonucunda otomasyon sisteminde kızamık olguları 2 adet olgu ile yer almaktadır. Bu sonuç, bölgemizde yapılan aşılama çalışmalarının daha etkin uygulandığını düşündürülebilir.

Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi 2007 yılı boyunca otomasyon kayıtlarına girilmiş olan toplam 505 BZBH bildirim varken arşiv kayıtlarında 89 bildirim yapıldığı görülmektedir. Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'ne ise 50 bildirim yapıldığı görülmüştür. Bildirim sisteminde yer alan bu aksaklıklar sadece bizim çalışmamıza özgü bir durum değildir. Aşağıda söz edilen çalışmalar ile de bu durum ortaya konulmuştur.

Denizli Buldan Göğüs Hastanesi'nde 1998 yılı içinde 177'sinin BZBH tanısı ile yatmış olmasına karşın sadece 8'inin bildiri yapılmıştır (Bildiriilmesi gereken vakaların % 3.9'u). Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde BZBH tanısı ile 12 hasta yatmasına karşın yapılan bildiri sadece 3'tür (% 25). Bu çalışmada, tüm ilde yıl içerisinde toplam 1286 bildiri yapılmış olmasına rağmen yataklı sağlık kurumlarından yapılan bildiri sayısı 805 (bildiriilmesi gereken vakaların % 62.5'i) olarak tespit edilmiştir (29).

Erzurum'da Ocak 1997-Haziran 2000 tarihleri arasında İl Sağlık Müdürlüğü Form 017 BZBH kayıtlarına göre, 6538 bulaşıcı hastalığın bildiri yapılmıştır (24). Bu hastalıkların yıllara göre dağılımlarına bakıldığında ise, bulaşıcı hastalık bildirimlerinde yıllar ilerledikçe azalma olduğu görülmektedir.

Daha önce tüberküloz insidansından bahsederken vurgulanan, ülkelerin sosyojeografik özelliklerinin etkisi, diğer BZBH için de geçerlidir. Ülkemizde cinsel yolla bulaşan hastalıklar, bildirimler arasında ilk sıralarda yer almazken, Avustralya'da 2007 yılında bildirimleri yapılan hastalıklar arasında, tüm bildirimlerin % 43'ü ile ilk sırada yer almışlardır (34).

Hastalık bildirimindeki eksiklikler ve hatalar sadece Türkiye'de değil bütün diğer gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde önemli bir sorundur (35).

SONUÇLAR

Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde 2007 yılına ait yapılmış olan tüm BZBH bildirimlerinin mükerrer olgular hariç, toplam 505 olduğu bu çalışmamızın sonucunda ortaya konulmuştur. Bu veriler otomasyon sistemine girişi yapılan vaka sayılarıdır. Bu 505 olgunun da 89'u TÜSAUM arşivine, 89 vakanın da sadece 50 tanesi Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'ne bildirilmiştir.

Bulaşıcı hastalıklarla mücadelede olgulara doğru tanı konulup otomasyon sistemine girilmesinin yanında, otomasyon sistemi ile arşiv ve otomasyon sistemine girilen tanıların il sağlık müdürlüğüne bildirim yolunun iyi ayarlanması, bildirimlerin daha doğru biçimde gerçekleşmesini sağlayacaktır.

Otomasyondan Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'ne bildirilmeyen pek çok hastalık olmakla birlikte bildirilenlerin arasında da tüberküloz (tüm olguların %97.69'i), hepatit B (tüm olguların %95.24'ü) ve hepatit A (tüm olguların %91.18'i) bildiriminde en çok fire verildiği görülmüştür.

Yaptığımız bu çalışmada yukarıda da rakamlarla ortaya konulduğu üzere, hastanemizde bildirim sistemine ait sorunların olduğu ortaya çıkmıştır. Bu çalışma esnasında yaptığımız gözlemlere ve ilgililerle yaptığımız görüşmelerden edindiğimiz tecrübelerle göre tespit ettiğimiz sorunlar ve çözüm önerilerimiz şöyledir:

Formlara Bağlı Sorunlar

a. Bilgiler okunabilecek nitelikte yazılmıyor.

b. Form, eksik dolduruluyor.

*Gönderen birimin adres bölümü tam doldurulmuyor.

*Hastanın adresi tam doldurulmuyor.

*Tanı bölümü doldurulmuyor.

e. Bildirim formlarının temini ve/veya hasta muayenesinin yapıldığı yerde bulunması sağlanmıyor.

f. Birimde doldurulması gereken Form 016'lar hiç doldurulmuyor.

g. Bildirim sistemi standart vaka tanımları tam bilinmiyor.

h. İzlenmesi gereken algoritmalar göz önünde olmadığı için nasıl bir yöntemle bildirileceğini her zaman bilinmiyor.

i. Doldurulan formların ilgili yere ileiminde, yardımcı personel eksikliğinden ötürü sıkıntı olabiliyor.

j. Acil servisteki iş yoğunluğu, bildirimlerdeki aksamalara yol açabilir.

Arşive Bağlı Sorunlar

a. Arşiv kayıtları düzenli tutulmuyor.

b. Form 016 hiç doldurulmuyor.

c. Form geldiği anda incelenmiyor. Bu yüzden hastaya ve hastalığına ait bilgiler, bildirim yapan hekim ve bildirim tarihi gibi bölümlerde eksiklik meydana geliyor.

Diğer Sorunlar

a. Otomasyon sisteminden faydalanılması konusunda yetersizlik var.

b. Bildirimle ilgili idari uygulamalarda eksiklikler var.

c. Acilde hasta kayıtları ve adres bilgileri düzenli tutulamıyor.

Çözüm Önerileri

a. Otomasyon sisteminden daha etkin şekilde faydalanma yoluna gidilmelidir.

b. Hastaların sağlık karnesine, hasta dosyasına “bildirimi zorunludur” ifadesi eklenebilir.

c. İdari uygulama eksikliğine yönelik; öncelikle BZBH'lar kursu düzenlenmelidir. TÜSAUM'nde böyle bir kurs düzenlenmektedir fakat yeni gelen asistanlara da bu eğitimin zaman geçmeden verilmesi gerekmektedir. Standart ve periyodik eğitimler düzenlenebilir.

d. Anabilim/Bilim Dalı Başkanları BZBH bildirimini gündeme getirip personeline konuyu hatırlatabilir.

e. Acil için hasta kayıt ve adres bilgilerinin tutulup formların gönderilmesi için görevli bulundurulabilir, bu konuda gerekli düzenlemeler yapılabilir.

ÖZET

Bu çalışmamızda 2007 yılında, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne yapılan bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık bildirimlerinin ne düzeyde olduğu incelenmiştir. Sonuçlarımıza baktığımızda; otomasyon sistemine girilen toplam 505 kayıttan, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Arşiv Merkezine 89 (%17.63), bunlardan da, Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'ne ise sadece 50 (% 9.90) bildirim yapıldığı görülmüştür. Benzer çalışmalarda da ortaya konulan bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık bildirimindeki sorunlar, çalışmamızın sonucunda da kendini göstermiştir.

Önceki bölümlerde de vurgulandığı üzere, bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık bildirimlerinin, ilgili kişilerce yapılması zorunlu tutulmuştur. Bu bildirimlerin yapılması, salgınların önlenmesi, bulaşıcı hastalıklarla etkin şekilde mücadele, bulaşıcı hastalıklarla ilgili sağlık politikalarının belirlenmesi gibi nedenler açısından çok önemlidir.

Hasta muayenesinin yapıldığı her ünite ve hasta ile karşılaşan her hekim bu konunun ciddiyeti hakkında bilgilendirilmeli, çeşitli eğitim programları ile bilgileri güncellenmelidir.

Bulaşıcı hastalıklarla mücadelenin sadece hekimin görevi olmadığı için tüm hastane personeli de konu hakkında bilinçlendirilmelidir.

Anahtar sözcükler: Bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık, bildirim, hastalıkla mücadele.

NOTIFYING OF COMMUNICABLE DISEASES OF TRAKYA UNIVERSITY HEALTH RESEARCH AND PRACTICE CENTRE IN 2007, PROBLEMS ABOUT NOTIFYING AND SUGGESTIONS OF SOLUTION

SUMMARY

In this study, communicable diseases of Trakya University Health Research and Practice Centre in the year 2007 were investigated. According to the results, total 505 registrations were recorded to the automation system. To the Archive Centre of Trakya University Health Research and Practice Centre 89 (17.63%) registrations were recorded. From these only 50 (9.90%) registrations were declared to Edirne Local Health Authority. Problems of declaration of communicable disease were similar when compared to other such studies.

As emphasized in the previous sections, communicable diseases must be notified by relevant people. This is very important for preventing outbreak of disease, effective struggling of communicable diseases and making health policy about communicable diseases.

Every unit where patients are examined and every doctor must be informed about the importance of this subject and their knowledge must be updated with several education programs.

As struggling with communicable diseases is not the duty of only the doctors, all staff of hospitals must be informed about the subject.

Key words: Communicable diseases, notify, struggle.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Geneva. Definition of Health. <http://www.who.int/about/definition/en/>. (Erişim tarihi: 12 Aralık 2009).
2. Akın L, Güler Ç. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006:866-75.
3. Aksakoğlu G. Bulaşıcı hastalıkla savaşım. Üçüncü yazım. İzmir: DEÜ Rektörlük Basımevi, 2008:226-30.
4. Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması, Sağlık Bakanlığı, Yayın No:450.
5. Güler Ç, Çobanoğlu Z. Kentleşme ve Çevre Sağlığı. Ankara: Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi No. 26, TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü,1994:6.
6. Güler Ç, Çobanoğlu Z. Sosyal Çevre. Ankara: Çevre Sağlığı Temel Kaynak Dizisi No. 27, TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü,1994:12.
7. Aksakoğlu G. Bulaşıcı Hastalıklarla Savaş İlkeleri. Ankara.Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No:3,1983:16.
8. Bertan M, Güler Ç. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara. Güneş Yayınevi, 1997:323-48.
9. Akın L. Yeni görülen Enfeksiyonlar. 11. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Özet Kitabı s.10-5, Denizli, 2007.
10. Ajjan N. Bağışıklama. (Çeviri: F.A. Türkay). Tarihçe. 3.Baskı. İstanbul. 1995. s.7-10.
11. Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Surveyans ve Laboratuvar Rehberi. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü,2005.
12. http://www.saglik.gov.tr/TR/Dosyalar/teskilat/tasra_files/ (Erişim tarihi:08.01.2009)

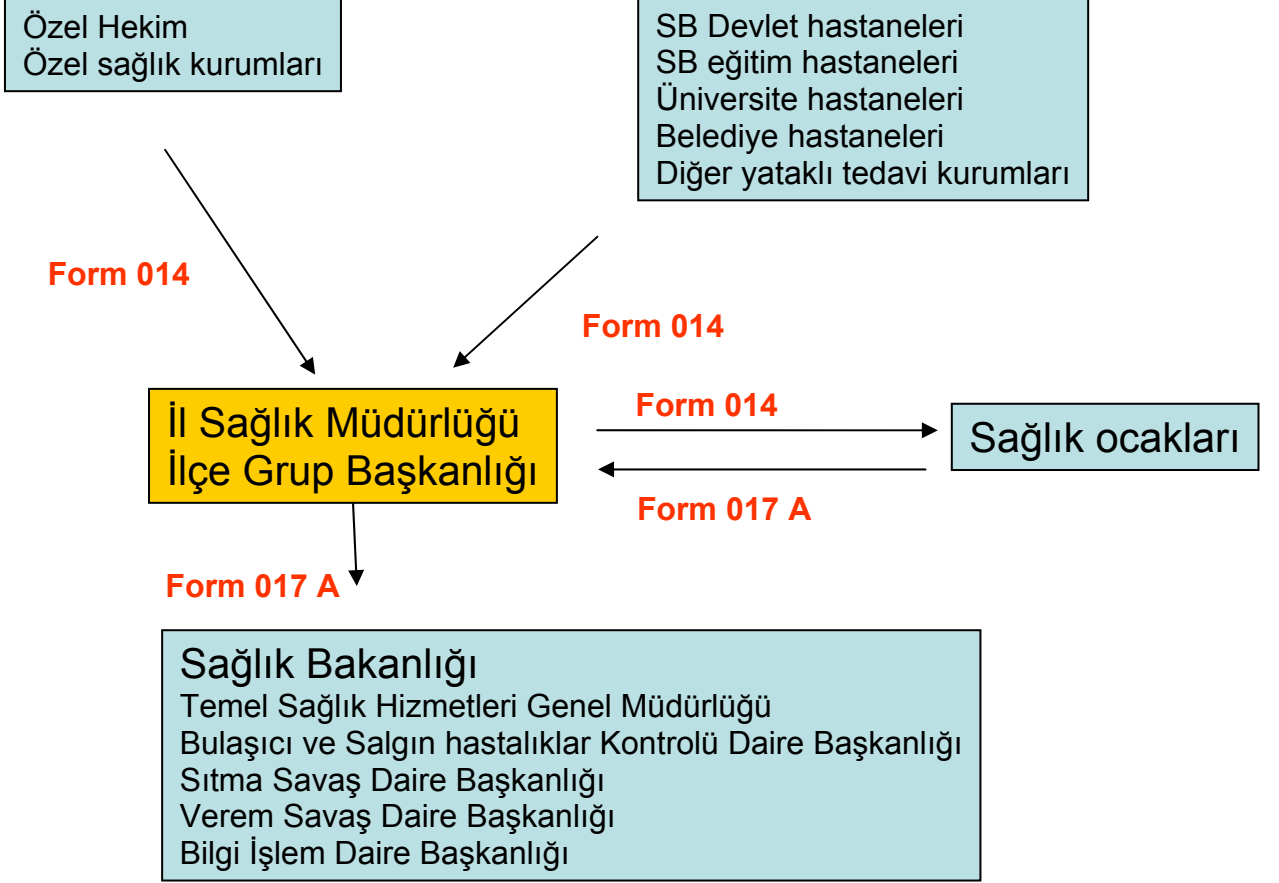
13. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun No: 5258, 09/12/2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete.
14. Aile Hekimliğinin Pilot Uygulandığı İllerde, Toplum Sağlığı Merkezleri Kurulması ve Çalıştırılmasına Dair Yönerge. Yayımlandığı Tarih: 15.09.2005.
15. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. Yayımlandığı Tarih: 20.12.2001
16. Türkiye’de Bulaşıcı Hastalıkların Sürveyansı ve Kontrol Sisteminin Güçlendirilmesine Dair Ulusal Stratejik Plan-2009-2013. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2005.
17. Revize Ulusal Program (UP-2003)24/7/2003 tarih ve 25178 sayılı Resmi Gazete.
18. Türkiye’nin AB Müktesabatına uyum programı (2007-2013).
19. Sağlık Bakanlığı’nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. No:181. 14/12/1983 tarih ve 18251 sayılı Resmi Gazete.
20. T.C. Merkez Hıfzısıhha Müessesesi Teşkiline Dair Kanun. 30/12/1940 tarih ve 3959 sayılı Resmi Gazete.
21. Tüzük ve Faaliyet Raporu 2001. Sağlık Bakanlığı Hudut ve Sahiller Genel Müdürlüğü Yayını. İstanbul: 2002.
22. Montrö Boğazlar Sözleşmesi. 20/7/1936.
23. Eren N. Sağlık Yönetimi Mevzuatı. İstanbul: Beta Yayınları, 1984:270-2.
24. Keskinler ÜD. Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü Kayıtlarında Yer Alan Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıkların Değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2003;10(2):77-81.
25. Köse MR. İstanbul’da Son 10 Yılda Görülen Seçilmiş Bazı Bildirimi Zorunlu Hastalıkların Durumu Ve Bildirim Eksiklikleri Hakkında Bir Çalışma (Tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi; 1990.
26. Güneş G, Pehlivan E, Eğri M, Karaoğlu L, Kaya M. Malatya’da Son 10 Yılda Bildirilen BZBH’in ve Aşılama Oranlarının Değerlendirilmesi. 6. Ulusal Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özet Kitabı s.117, Malatya,1999.
27. Centers for Disease Control and Prevention (CDC).Trends in tuberculosis incidence--United States, 2006. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2007 Mar 23;56(11):245-50.
28. Dye C, Lönnroth K, Jaramillo E, Williams BG, Raviglione M. Trends in tuberculosis incidence and their determinants in 134 countries. Bull World Health Organ. 2009 Sep;87(9):683-91.
29. Zencir M, Özşahin A, Bostancı M, Sancak İ. Denizli İlindeki Bulaşıcı Hastalık Bildirimlerinin Değerlendirilmesi. PAÜTF Dergisi. 2002;8(3):86-92.

30. Hamzaoğlu O, Kılıç B. Türkiye Sağlık İstatistikleri 2000.Türk Tabipleri Birliği. Yayın No: 001/2000.
31. Öztürk A, Gün İ, Öztürk Y. Kayseri İlinde Son 10 Yılda Görülen Bildirimi Zorunlu Hastalıkların Değerlendirilmesi. 6. Ulusal Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özet Kitabı s103, Malatya,1999.
32. İzmir Konak Sağlık Grup Başkanlığı, 1999 yılı Çalışma Raporu.
33. Afacan İ. 1993-2000 Yılları Arasında İstanbul İlindeki Bildirimi Zorunlu Hastalıkların Durumu (Tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpařa Tıp Fakóltesi;2003.
34. Daniels D, Grytdal S, Wasley A. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Surveillance for acute viral hepatitis - United States, 2007. MMWR Surveill Summ.2009 May 22;58(3):1-27.
35. Buyurgan V. Türkiye’de Bulaşıcı Hastalıkların Bildirim Sistemi ve Karşılaşılan Sorunlar. 11. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Özet Kitabı s.38-42, Denizli, 2007.

EKLER

Ek 1

Grup A Hastalıkların Bildirim Sistemi



**BULAŞICI HASTALIKLAR BİLDİRİM SİSTEMİ
SINIFLANDIRMA TABLOSU**

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

GRUP A HASTALIKLAR

Form 017/A

İli :

Ay :

Yıl : 20...

Sağlık Kurumu :

		Hastalık İstatistiki																															
		ALTYOL HASTALIKLARI					KARABULDU	KIZILGIRIM	KIZILMAYIS	KILINCA	KUTLU	KÜLTÜR	KÜLTÜR	KÜLTÜR	KÜLTÜR	KÜLTÜR	KÜLTÜR	KÜLTÜR	KÜLTÜR	KÜLTÜR	KÜLTÜR	KÜLTÜR	KÜLTÜR	KÜLTÜR	KÜLTÜR	KÜLTÜR	KÜLTÜR	KÜLTÜR	KÜLTÜR	KÜLTÜR			
		ALTYOL	ALTYOL	ALTYOL	ALTYOL	ALTYOL																											
HASTALIK ADI	KODU	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	
E	K																																
T	Y																																

Tarih: / /

Tarih: / /

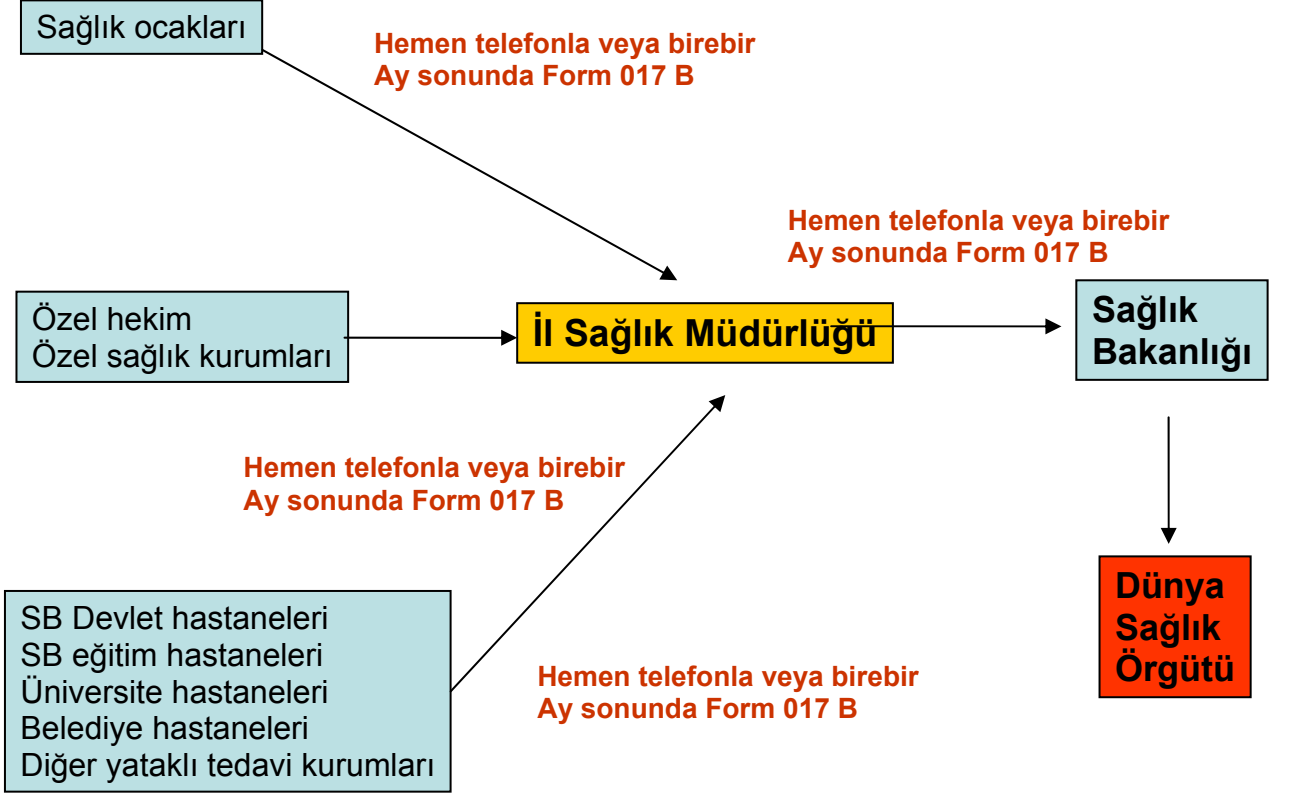
Bölinin Sorumlusu :

Sağlık Ocağı İdari Yetkili :

İmza :

İmza :

Grup B Hastalıkların Bildirim Sistemi



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

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

GRUP B HASTALIKLAR

Yıl : 20.....

Form 017/B

İi :

Ay :

Yaş Grupları	Cinsiyet	Hastalık İsimleri											
		ÇİÇEK			EPIDEMİK TIFÜS			SARI HUMMA			VEBA		
		Olası Vaka	Kesin Vaka	Ölüm	Olası Vaka	Kesin Vaka	Ölüm	Olası Vaka	Kesin Vaka	Ölüm	Olası Vaka	Kesin Vaka	Ölüm
0 - 11 ay	E												
	K												
	T												
1 - 4 yaş	E												
	K												
	T												
5 - 9 yaş	E												
	K												
	T												
10 - 14 yaş	E												
	K												
	T												
15 - 19 yaş	E												
	K												
	T												
20 - 29 yaş	E												
	K												
	T												
30 - 44 yaş	E												
	K												
	T												
45 - 64 yaş	E												
	K												
	T												
65 + yaş	E												
	K												
	T												
TOPLAM	E												
	K												
	T												

Tarih : / /

Bulağıcı Hast. Şb. Md. :

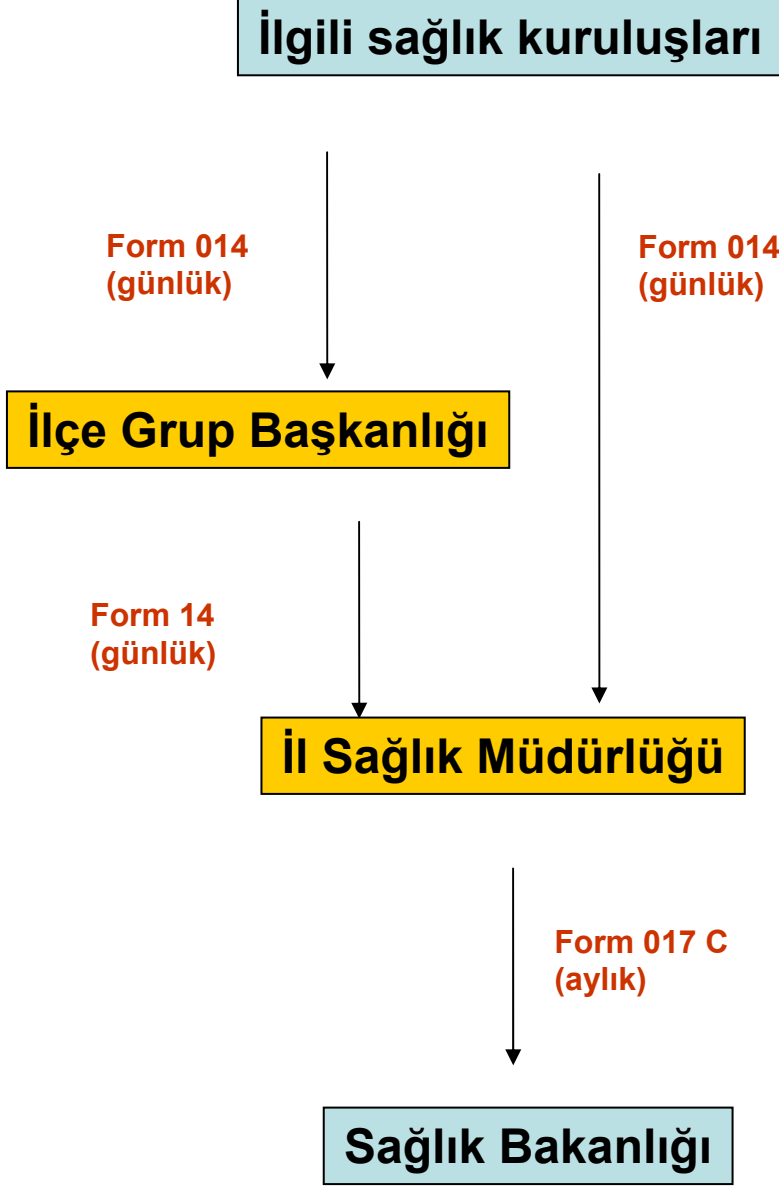
İmza :

Tarih : / /


Bulağıcı Hast. Şb. Md. :


İmza :

Grup C Hastalıkların Bildirim Sistemi



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

 : Vaka Tespit edildiğinde İVEDİ ihbarı yapılacaktır.

 : Salgın durumunda İVEDİ ihbarı yapılacaktır.

GRUP C HASTALIKLAR

Form 017/C

ii

:

Ay :

Yıl : 20.....

Yaş Grupları	Cinsiyet	Hastalık isimleri																											
		AKUT HEMORAJİK ATEŞ			YENİ VARYANT CREUTZFELD JACOB			ERİNOKOKKOZ (KİST HİDATİK)		HAEMOPHİLUS INFLUENZA TİP B (HİB) MENENJİTİ		INFLUENZA		KALAAZAR (VİSBERAL LEİSHMANIAZİS)		KONJENİTAL RUBELLA		LEJYONER HASTALIĞI		LEPTOSPIROZ		SİPE		ŞİSTOZOMİYAZ		TOKSOPLAZM OZ		TULAREMİ	
		Olası Vaka	Kesin Vaka	Ölüm	Olası Vaka	Kesin Vaka	Ölüm	Kesin Vaka	Ölüm	Kesin Vaka	Ölüm	Kesin Vaka	Ölüm	Kesin Vaka	Ölüm	Kesin Vaka	Ölüm	Kesin Vaka	Ölüm	Kesin Vaka	Ölüm	Kesin Vaka	Ölüm	Kesin Vaka	Ölüm	Kesin Vaka	Ölüm	Kesin Vaka	Ölüm
0 - 11 ay	E																												
	K																												
	T																												
1 - 4 yaş	E																												
	K																												
	T																												
5 - 9 yaş	E																												
	K																												
	T																												
10 - 14 yaş	E																												
	K																												
	T																												
15 - 19 yaş	E																												
	K																												
	T																												
20 - 29 yaş	E																												
	K																												
	T																												
30 - 44 yaş	E																												
	K																												
	T																												
45 - 64 yaş	E																												
	K																												
	T																												
65 + yaş	E																												
	K																												
	T																												
TOPLAM	E																												
	K																												
	T																												

Tarih : / /

Tarih : / /

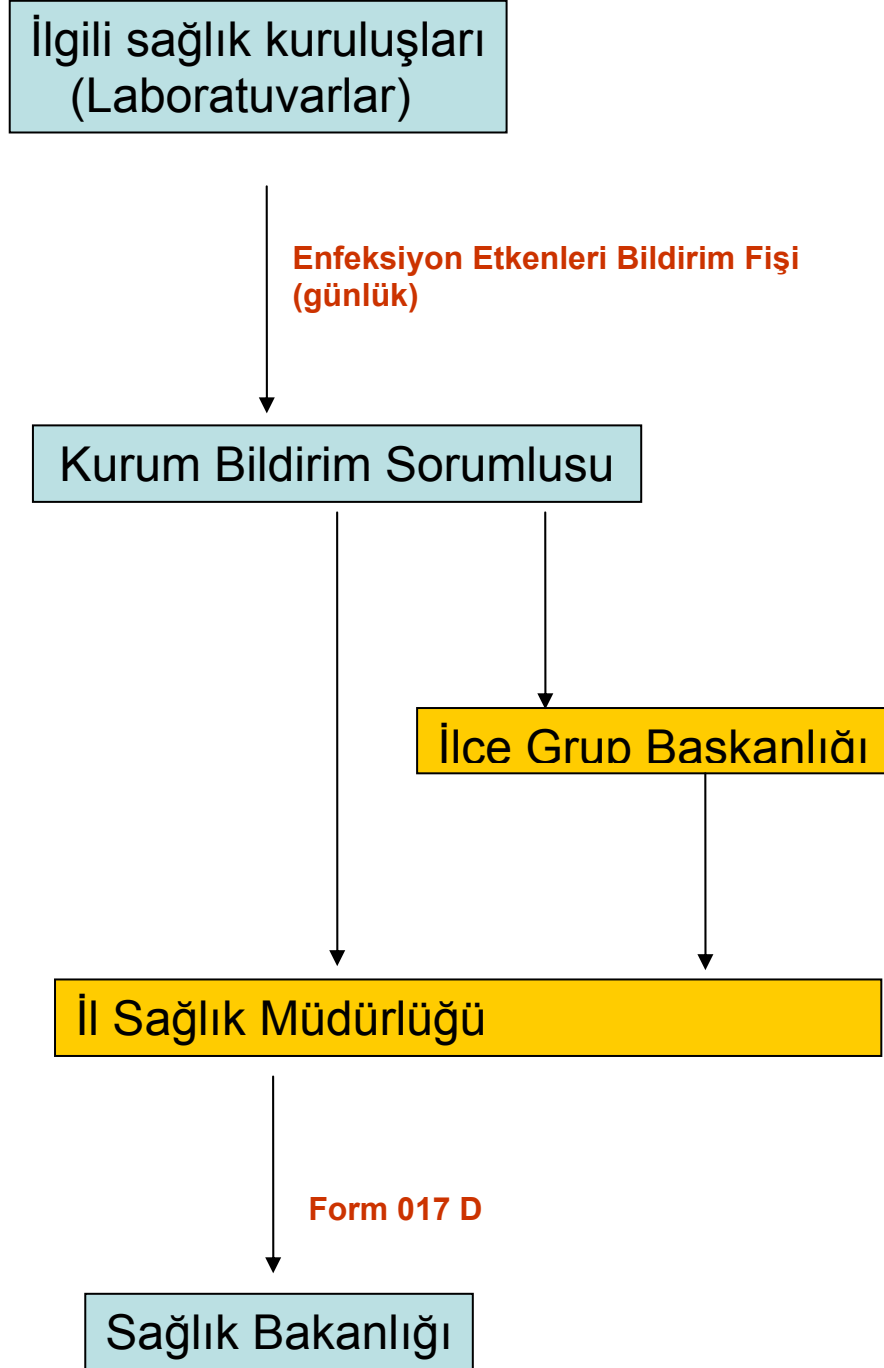
Bulaıcı Hastalıklar Şube Müdürü :

İl Sağlık Müdürü:

İmza :

İmza :

Grup D Hastalıkların Bildirim Sistemi



GRUP / D ENFEKSİYÖZ ETKENLERİ

Form 017/D

İl:

Ay: Yıl: 20.....

GRUP D ENFEKSİYÖZ ETKEN/HASTALIK	YAŞ GRUPLARI																			
	0-11 ay		1-4 yaş		5-9 yaş		10-14 yaş		15-19 yaş		20-29 yaş		30-44 yaş		45-64 yaş		65+ yaş		TOPLAM	
CİNSİYET	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K	E	K
<i>Shigella dysenteriae</i>																				
<i>Shigella flexneri</i>																				
<i>Shigella boydii</i>																				
<i>Shigella sonnei</i>																				
Salmonella, -Typhi																				
Salmonella, -Paratyphi A																				
Salmonella, -Paratyphi B																				
Salmonella, -Paratyphi C																				
Salmonella, -O4(B)																				
Salmonella, -O7(C1)																				
Salmonella, -O8(C2-C3)																				
Salmonella, -O9(D1)																				
Salmonella, -O9.48(D2)																				
Salmonella, -O3.10 (E1)																				
Salmonella, -O1.3,19 (E4)																				
Salmonella, -O13(G)																				
Salmonella, -O19(K)																				
Salmonella (diğer)																				
Salmonella sp. (tiplendirilmemiş izolat)																				
Enterohemorajik <i>E.coli</i> (O157:H7)																				
Enterohemorajik <i>E.coli</i> (diğer)																				
<i>Campylobacter jejuni</i>																				
<i>Campylobacter coli</i>																				
<i>Campylobacter sp</i> (diğer)																				
<i>Listeria monocytogenes</i>																				
<i>Cryptosporidium sp</i>																				
<i>Entamoeba histolytica</i>																				
<i>Giardia intestinalis</i>																				
<i>Chlamydia trachomatis</i>																				

Tarih: / /

Tarih: / /

Bulağıcı Hast. Şb. Md.

İl Sağlık Müdürü:

İmza :

İmza :

...../...../.....

GRUP D ENFEKSİYON ETKENLERİ BİLDİRİM FİŞİ

GÖNDERENİN

Adı Soyadı:
Mesleği:
Kurum Adresi:

HASTANIN KİMLİK BİLGİLERİ:	
Cinsiyeti	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>
T.C. Kimlik No	
Soyadı	
Adı	
Doğum Tarihi (veya Yaşı)	___/___/___
Mesleği	
ADRESİ:	
İli:	
İlçesi:	
Mahallesi:	
Sokağı:	
Ev No:	
Ev/Cep Tel:	

MİKROBİYOLOJİK İNCELEMEDE SAPTANAN GRUP D ENFEKSİYON ETKENİ/HASTALIK:	
A. Dışkı örneği incelemesinde izole edilen/gösterilen etken	
<i>Shigella</i>	<i>sonnei</i> <input type="checkbox"/> <i>boydii</i> <input type="checkbox"/> <i>flexneri</i> <input type="checkbox"/> <i>dysenteriae</i> <input type="checkbox"/>
<i>Salmonella</i>	Typhi <input type="checkbox"/> Paratyphi A <input type="checkbox"/> Paratyphi B <input type="checkbox"/> Paratyphi C <input type="checkbox"/>
	O4(B) <input type="checkbox"/> O7(C1) <input type="checkbox"/> O8(C2-C3) <input type="checkbox"/> O9(D1) <input type="checkbox"/>
	O9,46(D2) <input type="checkbox"/> O3,10 (E1) <input type="checkbox"/> O1,3,19 (E4) <input type="checkbox"/> O13(G) <input type="checkbox"/>
	O18(K) <input type="checkbox"/> diğer <input type="checkbox"/> tiplendirilmedi <input type="checkbox"/>
EHEC ¹	O157:H7 <input type="checkbox"/> diğer <input type="checkbox"/>
	VT1 pozitif <input type="checkbox"/> VT2 pozitif <input type="checkbox"/> VT1+VT2 pozitif <input type="checkbox"/>
<i>Campylobacter</i>	<i>jejuni</i> <input type="checkbox"/> <i>coli</i> <input type="checkbox"/> diğer <input type="checkbox"/>
<i>Listeria monocytogenes</i> <input type="checkbox"/>	<i>Entamoeba histolytica</i> <input type="checkbox"/>
<i>Cryptosporidium sp</i> <input type="checkbox"/>	<i>Giardia intestinalis</i> <input type="checkbox"/>
B. Ürogenital sistem örneklerinde:	
<i>Chlamydia trachomatis</i> <input type="checkbox"/>	(teknik: DFA/ELISA <input type="checkbox"/> kültür <input type="checkbox"/> PCR/LCR <input type="checkbox"/>)

¹Bkz. Enterohemorajik *E. coli* Standart Vaka Tanımı

Ek 5

T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

SAYI : B104ISM4220009/ 829

20/1/2009

KONU: Tez Çalışması

VALİLİK MAKAMINA
EDİRNE

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olan Dr. Nagihan GÜÇKAN'a tez çalışması için, 2007 yılına ait Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden İl Sağlık Müdürlüğüne bildirilen "Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar" bilgilerinin verilmesi hususunu olurlarınıza arz ederim.

Uzm. Dr. Hatice GÜL
İl Sağlık Müdürü V.

OLUR
22/01/2009

Abdullah ASLANER
Vali a.
Vali Yardımcısı

İl Sağlık Müdürlüğü EDİRNE

Telefon: (0 284) 214 90 10 (10 Hat)

Faks: (0 284) 225 15 01

e-posta: edirne@saglik.gov.tr

Elektronik Ağ: www.edirnesm.gov.tr

Ek 6



T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ



SAYI : B.30.2.TRK.0.A8.00.00 600-584
KONU :

29 OCAK 2009
EDİRNE, .../.../20..

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi:28/01/2009 tarih ve 47 sayılı yazınız.

Anabilim Dalınızda görev yapan Dr. Nagihan GÜÇKAN'ın Hastanemizde 2007 yılında bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıkların bildiriminde yaşanan sorunlar ve çözüm önerileri konulu tez çalışmasının hazırlanmasına esas olmak üzere klinik ve poliklinik hasta kayıtları bilgileri alması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

Dr. Nagihan Hra Çelik
Mels
30.01.09

Doç. Dr. Yahya ÇELİK
Merkez Müdürü

K.N. 38

30.01.2009

Posta Adresi:
T.Ü.Hastanesi
22030 Güllapoğlu Yerleşkesi/EDİRNE

Tel : (0284) 235 27 31
Fax : (0284) 235 27 30
e-posta: bashekim@trakya.edu.tr

Ek 7

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 03	Tarih: 04.11.2009
	Prof. Dr. Faruk YORULMAZ'ın sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Nagihan KARTAL'ın tez çalışmasının klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin araştırmacıların kendileri tarafından karşılanması koşuluyla gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, ve Etik Kurul SOP
---------------	----------------------------------------------------------------------------------------------

ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Prof. Dr. Dikmen DÖKMECİ

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		İlişki *		Katılım **		İmza
			E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Dikmen DÖKMECİ	Farmakoloji	Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA	Deontoloji	Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Gökhan İnan YÜCEL	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Özel Ekol Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sedat ÜSTÜNDAĞ	İç Hastalıkları Nefroloji Uzm.	Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Çağatay Yalçın AYDINER	Çocuk Cerrahisi	Edirne Devlet Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Emine ÖZÇELİK	Biyokimya	Edirne Devlet Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Ecz. Tuğçe KARAKUŞ	Eczacılık	Serbest Eczacı	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Nurettin AYDOĞDU	Fizyoloji	Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN	Biyostatistik	Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av. Gülten ATILLA ÖZTÜRK	Hukuk	Trakya Üniversitesi Rektörlüğü	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Mimar Özcan TOPSEL	Mimar	Serbest Mimar	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

- * :Araştırma ile İlişki
** :Toplantıda Bulunma

KLİNİK ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

ETİK KURULUN ADI	EDİRNE KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Temel Bilimler Binası D1 Blok 3. Kat Balkan Yerleşkesi 22030 EDİRNE
TELEFON	284. 235 73 73
FAKS	284. 235 73 73
E-POSTA	edirneetikkurul@trakya.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinde 2007 yılı Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastaların Bildirim Durumu, Bildirimle İlgili Sorunlar ve Çözümler Önerileri		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU	EKAEK 2009/03		
	EUDRACT NUMARASI			
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Faruk YORULMAZ		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı		
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI			
	KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI			
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Halk Sağlığı Anabilim Dalı		
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ	Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Balkan Yerleşkesi 22030 Edirne		
	BAŞVURULAN ETİK KURULUN ADI	Edirne Klinik Araştırmalar Etik Kurulu		
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	Araştırmacıların Kendileri Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Edirne		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ			
	UZMANLIK TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI	UZMANLIK TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>	

ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
	FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
	FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
	FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
	BE/BY	<input type="checkbox"/>		
	DiĞER	<input type="checkbox"/>	Diğer ise belirtiniz:	
	İLAÇ DIŐI ARAŞTIRMA	<input checked="" type="checkbox"/>	Belirtiniz:	

ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>
-------------------------------	------------------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------------	---------------------------------------

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	23.10.2009		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŐÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŐ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	23.10.2009		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN DiĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>	Araştırmacıların Kendileri
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>	
	HASTA KARTI/GÜNÜKLERİ	<input type="checkbox"/>	
	İLAN	<input type="checkbox"/>	
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	
DiĞER	<input type="checkbox"/>		