

**T.C.  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI  
DOKTORA PROGRAMI**

Tez Yöneticisi  
Prof. Dr. Galip EKUKLU

**TRAKYA İLLERİNDE 1., 2., 3. BASAMAK HEKİMLERİ  
ARASINDA ZOONOTİK HASTALIKLARIN FARKINDA  
OLMA DURUMLARININ VE ZOONOTİK  
HASTALIKLARA YAKLAŞIMLARININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**(Doktora Tezi)**

**Dr. Çiğdem CERİT**

**Referans no: 10186831**

EDİRNE-2018

**T.C.  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI  
DOKTORA PROGRAMI**

Tez Yöneticisi  
Prof. Dr. Galip EKUKLU

**TRAKYA İLLERİNDE 1., 2., 3. BASAMAK HEKİMLERİ  
ARASINDA ZOONOTİK HASTALIKLARIN FARKINDA  
OLMA DURUMLARININ VE ZOONOTİK  
HASTALIKLARA YAKLAŞIMLARININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**(Doktora Tezi)**

**Dr. Çiğdem CERİT**

**Destekleyen Kurum:**

**Tez no:**

EDİRNE-2018

T.C.  
**TRAKYA ÜNİVERSİTESİ**  
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

ONAY

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı doktora programı çerçevesinde ve Prof.Dr.Galip EKUKLU danışmanlığında doktora öğrencisi Çiğdem CERİT tarafından tez başlığı “Trakya İllerinde 1., 2., 3. Basamak Hekimleri Arasında Zoonotik Hastalıkların Farkında Olma Durumlarının ve Zoonotik Hastalıklara Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi” olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı 04/04/2018 tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından “**Doktora Tezi**” olarak kabul edilmiştir.

Prof.Dr.Faruk YORULMAZ  
JÜRİ BAŞKANI

Prof.Dr.Galip EKUKLU  
ÜYE

Prof.Dr.Şaban GÜRCAN  
ÜYE

Doç.Dr.Gamze VAROL SARAOĞLU  
ÜYE

Dr.Öğretim Üyesi Yeliz MERCAN  
ÜYE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Tammam SİPAHİ  
Enstitü Müdürü



## **TEŞEKKÜR**

Tez sürecinde en zorlu anlarda bir danışman, bir arkadaş, bir bilen kişiliğini gösteren çok değerli danışman hocam Prof. Dr.Galip EKUKLU başta olmak üzere, eğitimimin her anında bilgisini, desteklerini esirgemeyen Anabilim Dalımız Başkanı Prof.Dr.Faruk YORULMAZ, öğretim üyeleri Prof. Şaban GÜRCAN, Prof.Dr. Muzaffer ESKİOCAK, Prof.Dr.Burcu TOKUÇ'a, kahrımı çeken, sevgileriyle moral motivasyon sağlayan eşim Dr.A.Özden CERİT ve biricik kızım Meryem Defne CERİT'e, dualarıyla beni Edirne'ye yola, sınava, derse uğurlayan anneciğim ve babacığma sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

## İÇİNDEKİLER

<b>GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	1
<b>GENEL BİLGİLER</b> .....	3
<b>KONUyla İLGİLİ GENEL KAVRAMLAR</b> .....	3
<b>ZOONOTİK HASTALIKLARIN SINIFLANDIRILMASI</b> .....	6
<b>BAZI ZOONOTİK HASTALIKLAR</b> .....	13
<b>YENİ ORTAYA ÇIKAN ZOONOTİK HASTALIKLAR (YZH)</b> .....	18
<b>GÖÇ VE ZOONOTİK HASTALIKLAR</b> .....	21
<b>İKLİM DEĞİŞİKLİKLERİ VE ZOONOTİK HASTALIKLAR</b> .....	24
<b>TRAKYA'DA HAYVANCILIK VE ZOONOTİK HASTALIKLAR</b> .....	26
<b>MESLEKİ ZOONOTİK HASTALIKLAR</b> .....	35
<b>ZOONOTİK HASTALIKLARDAN KORUNMA</b> .....	37
<b>TEK TIP, TEK SAĞLIK, TEK DÜNYA YAKLAŞIMI</b> .....	39
<b>ZOONOTİK HASTALIKLARDAN KAYNAKLANAN EKONOMİK</b> .....	42
<b>KRİZLER VE MEDYA YÖNETİMİNİN ÖNEMİ</b> .....	42
<b>ÜLKEMİZDE BİLDİRİM SİSTEMİ</b> .....	43
<b>GIDA, TARIM VE HAYVANCILIK BAKANLIĞI AÇISINDAN ZOONOZLAR VE     ZOONOTİK ETKENLERİN İZLENMESİ</b> .....	55
<b>GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	57
<b>BULGULAR</b> .....	63
<b>TARTIŞMA</b> .....	124
<b>SONUÇLAR</b> .....	135
<b>ÖZET</b> .....	140
<b>SUMMARY</b> .....	142
<b>KAYNAKLAR</b> .....	144
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ</b> .....	154
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	160
<b>EKLER</b>	

## SİMGE VE KISALTMALAR

<b>AB</b>	: Avrupa Birliği
<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>AÇSAP</b>	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
<b>AD</b>	: Ana Bilim Dalı
<b>ADNKS</b>	: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
<b>AH</b>	: Aile Hekimi
<b>AHBS</b>	: Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
<b>AIDS</b>	: Acquired Immune Deficiency Syndrome (Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu)
<b>ASE</b>	: Aile Sağlığı Elemanı
<b>ASM</b>	: Aile Sağlığı Merkezi
<b>BM</b>	: Birleşmiş Milletler
<b>BNV</b>	: Batı Nil Virüsü
<b>BSE</b>	: Bovine Spongiform Encephalopathy (Sığırların Süngerimsi Beyin Hastalığı)
<b>CDC</b>	: Center for Disease Control and Prevention (Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri)
<b>DH</b>	: Devlet Hastanesi
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>HBYS</b>	: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
<b>HIV</b>	: Human Immunodeficiency Virus (İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü)
<b>HSM</b>	: Halk Sağlığı Müdürlüğü
<b>İSİG</b>	: İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği

<b>İSM</b>	: İl Sağlık Müdürlüğü
<b>KDS</b>	: Karar Destek Sistemi
<b>KHBGS</b>	: Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
<b>KKKA</b>	: Kırım Kongo Kanamalı Ateşi
<b>NKÜ</b>	: Namık Kemal Üniversitesi
<b>PCR</b>	: Polymerase chain reaction (Polimeraz Zincir Reaksiyonu)
<b>SARS</b>	: Severe Acute Respiratory Syndrome (Ağır Akut Solunum Yolu Yetersizliği Sendromu)
<b>SB</b>	: Sağlık Bakanlığı
<b>SPP</b>	: Species pulural (bir cinse ait tüm türler)
<b>TC</b>	: Türkiye Cumhuriyeti
<b>THSK</b>	: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
<b>TKHK</b>	: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
<b>TSM</b>	: Toplum Sağlığı Merkezi
<b>TTB</b>	: Türk Tabipleri Birliği
<b>TÜ</b>	: Trakya Üniversitesi
<b>TÜİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu
<b>TÜSAM</b>	: Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
<b>TSİM</b>	: Temel Sağlık İstatistikleri Modülü
<b>UHK</b>	: Umumi Hıfzıssıhha Kanunu
<b>UST</b>	: Uluslararası Sağlık Tüzüğü
<b>VS</b>	: Verem Savaş
<b>WHO</b>	: World Health Organisation (Dünya Sağlık Organizasyonu)
<b>YZH</b>	: Yeni Ortaya Çıkan Zoonotik Hastalıklar

## GİRİŞ VE AMAÇ

Zoonotik Hastalıklar, eski tarihlerden beri enfeksiyon hastalıkları içerisinde önemli bir yere sahip olup, çeşitli halk sağlığı sorunlarına yol açmaktadır. “Zoonotik hastalıklar” veya “zoonozlar” genel olarak hayvanlardan insanlara bulaşan enfeksiyon hastalıkları için kullanılan kavramlardır. Konakları insan veya hayvan olan, bakteriyel, viral, paraziter, mantar, prion birçok mikroorganizma zoonotik hastalıklardan sorumlu tutulmaktadır (1,2).

Tüm insan patojenlerinin en az % 61’i, Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre zoonotik karakterdedir ve son dekatta dünyada salgınlar yapan bulaşıcı hastalıkların %75’ini zoonozlar oluşturmaktadır (2). Her geçen zamanda zoonotik hastalıklara yenileri eklenmektedir. Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA), Avian İnfluenza, Hanta Virüs, Batı Nil Ateşi son yıllarda gündemimize girmiş yeni zoonotik hastalıklardır. Zoonotik hastalıklar, dünyada coğrafi bölge ve iklimlere göre değişiklik göstermektedir. Ülkeler arası artan seyahat ve ticaretler nedeni ile dünyanın bir bölgesinde görülen hastalık, diğer ülkeleri de ilgilendirmektedir. Son yıllarda yaşadığımız SARS ve Kuş Gribi salgınları örnek gösterilebilir. Ayrıca ülkemizdeki tularemi, Kırım-Kongo kanamalı ateşi ve bruselloz salgınları örnekleri oluşturmaktadır (1).

DSÖ tarafından 250’ye yakın zoonoz hastalığının varoluşundan sözedilmekle birlikte, değişik zamanlarda yeni hastalıklar eklenerek bu sayı sürekli olarak artmaktadır (3,4). Zoonotik hastalıklar çeşitli faktörler yönünden mücadelesi oldukça zor ve multidisipliner bir yaklaşım gösterilmesi gereken hastalıklardır. Değişen iklim, göçler, şehirlerde nüfus artışı, seyahatler, insanları daha güvenli yaşam koşullarına yönlendirmektedir. Zoonotik hastalıklar bir taraftan hayvan sağlığını etkileyerek ekonomik kayıplara neden olmakta, diğer taraftan hayvansal gıdalarla insanlara enfeksiyon bulaştırma riski ile de halk sağlığını etkilemektedir. Zoonoza



sebepl olan organizmaların önemli bir miktarı da potansiyel biyoterör ajanı olma özelliği taşımaktadır (1,3,5).

Zoonotik hastalıklar her yerde, her ülkede görülebilen hastalıklardır. Hayvanlar, insanlar açısından beslenme yönünden önem taşırlar, bunların yanı sıra ekonomik değeri ile hayvanlar insan yaşamının ayrılmaz birer parçasıdır. Zoonotik hastalıklar, fazla sayıda etken ile fazla sayıda hastalık tablosu oluşturabildikleri gibi, meslek hastalıklarının da bir bölümünü teşkil ederler.

Zoonotik hastalıklar, halk sağlığı açısından önemi yanı sıra, basit bazı korunma önlemlerinin uygulanması sonucunda bu hastalıklardan birçoğunun da önüne geçilebilmesi mümkündür. Örnek verilecek olursa, etlerin ve sütlerin çığ veya az pişirilmiş olarak içilmeyip, iyice kaynatılması veya pastörizasyon yapılarak içilmesi, klâsik yöntemler yerine, gelişmiş teknolojik yöntemlerle elde edilen et, süt veya ürünlerinin tüketilmesi önemli bazı halk sağlığı sorunlarının ortaya çıkmasına engel olacaktır (5-7).

Bunların yanı sıra, ilgililerin denetim hizmetlerini yeterli ve sürekli olarak yerine getirmesi, halkın ise yeterli bilgi ve bilince sahip olması, vatandaşlara sağlık hizmeti sunumunda kilit rol oynayan hekimlerin bu sorunun varlığından haberdar olması, bildirim mekanizmalarını harekete geçirerek zoonotik hastalıklara erken müdahale şansını vermesi gerekmektedir.

Bu çalışmanın amacı, Trakya'daki illerden Kırklareli, Edirne ve Tekirdağ'da çalışan hekimlerin zoonotik hastalıklara yaklaşımlarını ve farkındalığını değerlendirmek, zoonotik hastalıkların mevcut durumunu ve bildirim sisteminin bilinirliğini incelemek, bir bölge örneğinden yola çıkarak, ülke çapında ilgililerin konuya duyarlıklarını arttırarak, mevcut durumun geliştirilmesi ve sorunların belirlenerek çözümler üretilebilmesine katkıda bulunmaktır.

## GENEL BİLGİLER

### KONUyla İLGİLİ GENEL Kavramlar

#### Sağlık

DSÖ, sağlığı “Yalnızca hasta ya da sakat olmama hali değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam iyilik halidir.” (8) şeklinde tanımlamaktadır.

#### Zoonoz

Hayvanlar ve insanlar arasında dolaylı ya da doğrudan bulaşan her tür hastalık ve/veya enfeksiyonu veya enfestasyonu olarak tanımlanmıştır. Terimin kökeni Yunanca *zoon* yani "hayvan" ve *nosos* yani "hastalık" sözcükleridir (9-12).

#### Zoonotik Etken

Zoonoz hastalığa yol açabilme potansiyeli olan her tür virüs, bakteri, parazit, mantar veya diğer biyolojik varlıklardır (9).

#### İnsidans Hızı

Belirli bir zaman dilimi içinde hasta olanların risk altındaki nüfusa oranıdır. Eğer zaman dilimi belirtilmemişse yıl olarak kabul edilir (13).

#### Prevelans Hızı

Belirli bir anda hasta olanların risk altındaki nüfusa oranıdır. Prevelans hızı, insidans hızı ile sürenin çarpımıdır (13).

### **Olgu Fatalite Hızı**

Bir hastalıktan ölenlerin hastalığa yakalananlara oranıdır. Özellikle enfeksiyon hastalıkları alanında kullanılan bir tanımdır. Olgu fatalite hızı kuduz ve HIV/AIDS'te 1'dir, çünkü hasta olanlar kaçınılmaz olarak kaybedilmektedirler. Olgu Fatalite Hızının yüksek olduğu bir başka grup viral kanamalı ateşlerdir (13).

### **Mortalite Hızı**

Bir toplumda, belirli bir hastalıktan ölenlerin risk altındaki nüfusa oranıdır. Örneğin, kuduzun olgu fatalite hızı yüksek olmasına rağmen, mortalite oranı düşüktür. Kuduzdan enfekte olanların tümü ölse de, her yıl görülen kuduz olgu sayısı birkaç tanedir (13).

### **Atak Hızı**

Bir toplumda, hastalananların enfeksiyona maruz kalanlara oranıdır. Atak hızı, enfeksiyona maruz kalan kişilerden kaç kişinin hastalandığını belirtmesi açısından önemli bir parametredir (13).

### **Vektör**

Vektör ya da taşıyıcı, artropod cinsi bir hayvandır, patojen mikroorganizmayı enfekte insandan alıp duyarlı olan insanlara taşır. Sivrisinekler ve keneler en iyi bilinen örnekleridir (13).

### **Bulaş Yolları**

Korunma yollarının daha iyi belirlenebilmesi için enfeksiyonların bulaş yolları iyi tanımlanmalıdır. Uzlaşa sağlanmış bir sınıflaması yoktur. Genel olarak, insandan insana, havayolu, su kaynaklı, besin kaynaklı ve vektörlerle bulaşma olarak sınıflandırılırlar (13).

### **Rezervuar ve Kaynak**

Rezervuar, patojen mikroorganizmaların insanların dışında yaşadıkları ekolojik ortamlardır. Örneğin tatlısu gölleri *Legionella* için, küçük kemiriciler *Borrelia* için rezervuardırlar. Kaynak ise enfeksiyonun alındığı hayvan ve insandır (13).

### **Epidemi, Endemi ve Salgın**

Epidemi, bir hastalığın normal ya da alışılmış seyrinden fazla görülmesidir. Epideminin kanıta dayalı olarak ifade edilebilmesi için, önceki değerlerin iyi bilinmesi gerekir. Endemi, bir

enfeksiyonun bir toplumda alışılmış sıklıkta sürekli görülmesini ifade eder. Salgın sözcüğü, epidemi ile aynı anlamda kullanılmaktadır (13).

### **İnkübasyon Süresi**

Bir enfeksiyon etkeninin, vücuda girişinden hastalık belirtilerinin ortaya çıkmasına kadar geçen süredir (13).

### **İhbar**

Bildirimi zorunlu olan bir bulaşıcı hastalığın, herhangi bir bölgede görüldüğü hususunda ilgili birimlerin haberdar edilmesidir (11).

### **Sürveyans**

Halk sağlığı çalışmalarının planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi için gerekli sağlık verilerinin sistematik ve sürekli biçimde toplanması, analiz edilmesi ve yorumlanması ve tüm bu bilgilerin, ihtiyacı olan kişilere zamanında dağıtılması ile bütüncül biçimde yapılmasıdır. Sürveyans zincirindeki son halka, bu verilerin koruma ve kontrol için kullanılmasıdır (14).

### **Bildirim**

Bildirimi zorunlu bir bulaşıcı hastalığın bir sistem içinde belirli bir zaman aralığında ilgili yerlere istatistiksel ve epidemiyolojik amaçlı bildirilmesini ifade etmektedir (11).

### **Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberi**

Ülkemizde DSÖ ve CDC (Center for Disease Control and Prevention) yayınları kaynak alınarak bulaşıcı hastalıkların ihbarı ve bildirim sistemi gözden geçirilmiş, hastalıkların standart tanı kriterleri ülkemiz koşulları göz önüne alınarak belirlenmiş, bildirim zorunlu hastalıklar listesi yenilenmiş, 4 farklı bildirim şeklinde 74 hastalığın bulunduğu yeni liste hazırlanarak 23.10.2015 tarihinde “Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Genelgesi (2015/18) ile yürürlüğe girmiş ve Genelge doğrultusunda Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberi” güncellenmektedir (10).

## ZOONOTİK HASTALIKLARIN SINIFLANDIRILMASI

Zoonozlar; Bakteriyel, Fungal, Viral, Paraziter, Hayvan Isırıkları İle Bulaşan Enfeksiyonlar, Hayvan Kaynaklı Gıdalarla Bulaşan Enfeksiyonlar ve Entoksikasyonlar başlığı altında olmak üzere 6 grupta sınıflanırlar (3).

### A. Bakteriyel Zoonozlar

1. Şarbon
2. Bartonelloz
3. Boreliyo
4. Bruselloz
5. Kampilobakteriyoz
6. Kapnositofaja Enfeksiyonları
7. Psitakoz/Ornitoz ve Diğer Klamidyal Zoonozlar
8. Erlihyoz
9. Enterohemorajik Echerichia Enfeksiyonları
10. Erizipeloid
11. Ruam
12. Leptospiroz
13. Listeryoz
14. Melioidoz
15. Mikobakteriyal Enfeksiyonlar
16. Pastorelloz
17. Tularemi
18. Veba
19. Fare Isırığı Hastalığı
20. Riketsiyozlar
21. Salmonelloz
22. Stafilokok Enfeksiyonları
23. Streptokok Enfeksiyonları
24. Vibrio Enfeksiyonları
25. Yersiniyo
26. Nadir Görülen Bakteriyel Zoonozlar

## **B. Fungal Zoonozlar**

27. Fungal Zoonozlar
28. Sporotrikoz

## **C. Viral Zoonozlar**

29. Arbovirüs Enfeksiyonları
30. Alfa virüsler Tarafından Oluşturulan Zoonozlar
31. Flavi virüsler Tarafından Oluşturulan Zoonozlar
32. Bünya Virüslerin Neden Olduğu Zoonozlar
33. Reovirüslere Bağlı Zoonozlar
34. Arena virüslere Bağlı Zoonozlar
35. Filovirüslere Bağlı Zoonozlar
36. Rabdovirüslere Bağlı Zoonozlar
37. Kuduz
38. Veziküler Stomatit Virüs
39. Paramiksovirüslere Bağlı Zoonozlar
40. Kuş Gribi
41. Pikornavirüslere Bağlı Zoonozlar
42. Herpes B Virüs Maymun Herpes Enfeksiyonları
43. Poksvirüslere Bağlı Zoonozlar
44. Koronavirüslere Bağlı Zoonozlar
45. SARS
46. Prion Hastalıkları

## **D. Paraziter Zoonozlar**

47. Protozoonlarla Oluşan Zoonozlar
48. Amebiasis
49. Babesiasis
50. Balantidiasis
51. Chagas Hastalığı (Amerikan Tripanozomiyazı)
52. Cryptosporidiasis
53. Giardiasis
54. Visseral Leishmaniasis
55. Microsporidiazis

56. Maymun Sıtması
57. Sarcosporodiasis
58. Afrika Uyku Hastalığı
59. Toxoplasmosis
60. Trematodlarla Oluşan Zoonozlar
61. Serkaryal Dermatit
62. Clonorchiasis, Fasciolopsiasis, Opisthorchiasis
63. Dicrocoeliasis
64. Echinostomiasis
65. Fascioliasis
66. Paragonimiasis
67. Schistosomiasis
68. Diğer Trematod Enfeksiyonları
69. Sestodlarla Oluşan Zoonozlar
70. Coenurosis
71. Diphyllbothriasis
72. Dipylidiasis
73. Ekinokokkozis
74. Hymenolepiasis
75. Sparganosis
76. Taeniasis
77. Diğer Bağırsak Sestod Enfeksiyonları
78. Nematodlarla Oluşan Zoonozlar
79. Angiostrongyliasis
80. Anisakiasis, Capillariasis, Dictophymasis, Dracunculiasis, Eozinofilik Enterit
81. Filariasis, Dirofilariasis, Gnathostomiasis, Gongylonemiasis, Lagochilascoriasis.
82. Deri Larva Migrans, Visseral Larva Migrans
83. Oessophagostomiasis, Syngamiasis, Thelalaziasis
84. Strongylloidiasis
85. Trichnellasis
86. Trichostrongylidiasis
87. Diğer Nematodlar

88. Akantosefaliyazis
89. Artropodlarla Oluşan Zoonozlar
90. Diptera ile Oluşan Zoonozlar
91. Myiasis
92. Pirelerle Oluşan Zoonozlar
93. Heteroptera (Tahtakurusu, Bugs) Enfestasyonları
94. Kenelerle Oluşan Zoonozlar
95. Akarlarla Oluşan Zoonozlar
96. Pentastomiyazlar

#### **E. Hayvan Isırıkları İle Bulaşan Enfeksiyonlar**

#### **F. Hayvan Kaynaklı Gıdalarla Bulaşan Enfeksiyonlar Ve Entoksikasyonlar**

Zoonotik hastalıkların viral, bakteriyel ve parazitik patojenlere göre 3 alt başlık altında incelendiğine dair farklı kaynaklar da vardır. Hayvanlardan ya da vektörlerden direkt-indirekt edinilmiş zoonotik hastalıkların patojenlerine göre sınıflandırılmış hali Tablo 1, Tablo 2, Tablo 3'de gösterilmiştir (15).



**Tablo 1. Hayvanlardan ya da vektörlerden direkt-indirekt edinilmiş viral kökenli zoonotik hastalıklar\* (15)**

PATOJEN	HASTALIK	BULAŞMA YOLU				EPİDEMİYOLOJİ		
		TEMAS/ İSİRMA	YEME	SOLUNUM	ARTROPOD	TOPLUMSAL	MESLEKİ	ÇEVRESEL
<b>VİRAL</b>								
Alfavirus	Chikungunya				X			X
Alfavirus	Doğu at ensefaliti				X	X	X	X
Alfavirus	Mayaro virus hastalığı				X			X
Alfavirus	Oropouche virus				X			X
Alfavirus	Ross River poliartriti				X			X
Alfavirus	Semliki orman virusu				X			X
Alfavirus	Venezuela at ensefaliti			X	X	X	X	X
Arenavirus	Lassa ateşi	X					X	X
Arenavirus	Lenfatik koryomenenjitisi	X		X			X	X
Bat paramiksovirus	Hendra solunum sendromu	X		X			X	X
Bat paramiksovirus	Nipah ensefaliti	X	X	X			X	X
Bunyavirus	Kalifornya ensefaliti				X	X	X	X
Flavivirus	Doğu yarımküre kene kaynaklı ensefalit		X		X			X
Flavivirus	Japon ensefaliti				X			X
Flavivirus	Kyasanur orman hastalığı				X			X
Flavivirus	Murray valley ensefaliti				X			X
Flavivirus	Omsk hemorajik ateş	X		X	X		X	X
Flavivirus	Powassan virus ensefaliti		X		X	X	X	X
Flavivirus	St. Luis ensefaliti				X	X	X	X
Flavivirus	Batı Nil virusu				X	X		X
Flavivirus	Sarı ateş				X			X
Flavivirus spp.	Denk ateşi				X	X		X
Hantavirus spp.	Hemorajik ateş renal sendromu	X	X	X			X	X
Hantavirus spp. (Yeni Dünya)	Hantavirus pulmoner sendrom	X		X			X	X
Herpesvirus maymun	B virus	X				X	X	X
Orbivirus	Colorado kene ateşi				X		X	X

**Tablo 2. Hayvanlardan ya da vektörlerden direkt-indirekt edinilmiş bakteriyel kökenli zoonotik hastalıklar\* (15)**

PATOJEN	HASTALIK	BULAŞMA YOLU				EPİDEMİYOLOJİ		
		TEMAS/ İSİRMA	YEME	SOLUNUM	ARTROPOD	TOPLUMSAL	MESLEKİ	ÇEVRESEL
<b>BAKTERİYEL</b>								
Anaplasma phagocytophilum	Anaplosmiasis				X	X		X
Bacillus anthracis	Antrax	X	X	X		X	X	X
Bartonella henselae	Kedi tırnağı hastalığı, basiller	X			X	X	X	X
Bartonella quintana	Hendek ateşi	X			X	X		
Borrelia spp.	Tekrarlayan ateş				X	X	X	
Borrelia burgdorferi	Lyme hastalığı				X	X	X	X
Brucella spp.	Bruselloz	X	X	X		X	X	X
Burkholderia mallei	Ruam	X	X	X		X	X	
Campylobacter jejuni	Campylobacteriosis		X			X	X	X
Capnocytophaga canimorsus	Köpek ısırığı kaynaklı sepsis	X				X		X
Chlamydia psittaci	Psittakozis, Ornitozis			X		X	X	
Coxiella burnetii	Q ateşi			X	X	X	X	X
Edwardsiella tarda	Edwardsiella enfeksiyonu		X			X	X	X
Ehrlichia chaffeensis	Erlişiozis, monositik				X	X		
Erysipelothrix rhusiopathiae	Eripezoloid	X					X	
Escherichia coli O157-H7, diğer serotipleri	Enterohemorajik gastroenterit	X	X			X	X	X
Francisella tularensis	Tularemi	X	X	X	X	X	X	X
Leptospira interrogans spp.	Leptospirozis	X	X			X	X	X
Listeria monocytogenes	Listeriozis		X			X	X	
Mycobacterium bovis	Tüberkülozis		X			X	X	
Orientia tsutsugamushi	Fundalık tifosu				X		X	X
Pasteurella multocida	Pastörilozis	X		X		X		X
Plesiomonas shigelloides	Plesiomonas gastroenteridi	X	X			X	X	
Rhodococcus equi	Rodokokus pnömonisi			X		X		

**Tablo 3. Hayvanlardan ya da vektörlerden direkt-indirekt edinilmiş parazitik kökenli zoonotik hastalıklar\* (15)**

PATOJEN	HASTALIK	BULAŞMA YOLU				EPİDEMİYOLOJİ		
		TEMAS/ İSİRMA	YEME	SOLUNUM	ARTROPOD	TOPLUMSAL	MESLEKİ	ÇEVRESEL
<b>PARAZİTİK</b>								
Angiostrongylus spp.	Anjiostrongülozis		X					
Babesia microti	Babesiozis				X	X	X	X
Clonorchis sinensis	Klornişya		X					X
Cryptosporidia spp.	Kriptosporidyozis		X			X	X	X
Cyclospora cayetanensis	Siklosporozis		X			X		X
Diphyllobothrium latum	Balık tenyası		X			X		
Dirofilaria immitis	Dirofilaryozis				X			X
Echinococcus granulosus	Ekinokokkozis		X				X	
Fasciola hepatica	Fasiolozis		X				X	X
Giardia lamblia	Giardiasis		X			X	X	X
Leishmania donovani	Visseral leişmanyazis				X			X
Leishmania mexicana	Kutanöz leişmanyazis				X			X
Leishmania spp.	Kutanöz leişmanyazis				X			X
Microsporidia spp	Kronik mikrosporidyal		X				X	X
Paragonimus westermani	Paragonimiyazis		X				X	X
Parastrongylus cantonensis	Anjiostrongülozis	X	X					X
Plasmodium knowlesi	Maymun malaryası				X			X
Taneia solium	Sistiserkozis		X			X		
Toxocara canis, cati	Toksokaryazis	X	X			X		X
Toxoplasma gondii	Toksoplazmozis		X			X		
Trichinella spiralis	Trişinozis		X			X		
Trypanosoma brucei	Afrika tropinozomiazisi				X			X
Trypanosoma cruzi	Chagas hastalığı				X			X

Hayvanlardan ya da vektörlerden direkt-indirekt edinilmiş zoonotik hastalıkların patojenlerine, bulaşma yollarına ve epidemiyolojilerine göre sınıflandırılmış halleri Tablo 1, Tablo 2, Tablo 3’de gösterilmiştir.

\* *Temas/ısıрма bulaşma yolu ile* direkt temas, ısırıklar, tırmalama ve su yolu ile bulaşmalar; *Artropod vektör bulaşma yolu ile* sivrisinek, kene, pire, akar kastedilmiştir. *Toplumsal Epidemiyoloji ile* hayvanları olan insanlar ve kentte yaşama; *Mesleki Maruziyetler ile* çiftçiler, çiftlik hayvanları ve atıkları ile uğraşanlar, balıkçılar, veterinerler, sağlık çalışanları ve laboratuvar çalışanları; *Çevresel Maruziyet ile* seyahatler, kırsalda yaşam, piknik vb açık alandaki aktiviteler kastedilmiştir.

## **BAZI ZOONOTİK HASTALIKLAR**

### **Bruselloz**

“Akdeniz ateşi” ve “malta ateşi” olarak da anılır. Hayvanlardan insanlara hastalıklı hayvanların süt ve süt ürünlerinin tüketilmesi, vücut salgılarıyla doğrudan temas ile bulaşır. Türkiye’de bruselloz hastalığı, A grubu bildirim zorunlu hastalıklar arasındadır (1,2,10). Ülkemizde brusellozun hayvanlarda ve insanlarda bildirim zorunludur. Bruselloz tüm dünyada yaygın bir zoonotik hastalıktır. Türkiye bruselloz insidansı yüksek olan ülkelerdendir. Ülkemizde bruselloz hastalığı, sıklıkla koyun, keçi, inek ve manda yoluyla bulaşmakta ve vakalar ağırlıklı olarak hayvancılıkla uğraşanlarda sık görülmektedir. Hayvan besiciliğinin yanı sıra, çiğ süt ve süt ürünleri tüketimi en önemli risk faktörlerinden biridir (16). Ülkemizde açıkta satılan çiğ süt ve süt ürünlerinin incelendiği çalışmalarda da bruselloza neden olan bakteriler sıklıkla tespit edilmektedir (16).

Ülkemiz için bruselloz hem insan, hem de hayvan sağlığı açısından önemli bir morbidite ve ekonomik kayıp nedenidir. Bu hastalık, hayvanlarda et ve süt kaybı ile hayvanlarda düşük, infertilite ve ölüme neden olmaktadır. Bu durum ciddi ekonomik kayıplara yol açmaktadır. Bir taraftan hayvan sahiplerine yüksek miktarda tazminat ödenmekte, bir taraftan da test-kesim yöntemi için para harcanmaktadır (1,3,16-18). Hayvanlarda ekonomik olmaması ve hastalık taşıyıcılarının ortadan kaldırılmaması nedeniyle tedavi uygulanmamakta, koruma amacıyla aşılama uygulanmaktadır (17,18).

Ülkemizde brusella hastalığı insidans hızları incelendiğinde, kadınlardaki insidans hızlarının, erkeklere göre biraz daha yüksek olduğu görülmüştür. Ülkemizde 2008 yılında kadın ve erkeklerdeki insidans hızları 100 binde sırasıyla 14.08 ve 12.91’dir. Morbidite, her iki cinsiyette de yaşla birlikte artmakta, erişkin yaşlarda en yüksek seviyeye ulaşmaktadır.

Ülkemizde bruselloz insidans hızlarının Doğu, Güneydoğu ve İç Anadolu'da en yüksek, Marmara'da ise en düşük olduğu ortaya konmuştur. Avrupa'daki brusella hastalığı insidans hızlarının ülkemizle karşılaştırıldığında, oldukça düşük olduğu görülmektedir. 2007 yılında Avrupa'da bildirilen insidans hızı 100 000'de 0.13'tür. En yüksek hızlar, Kırgızistan, Bosna Hersek, Kazakistan, Tacikistan, Türkiye ve Azerbaycan'dan bildirilmektedir. 2008 yılında Yunanistan ve İspanya'da insidans hızları 100 binde sırasıyla 3.4 ve 0.36 olarak saptanmıştır. Avrupa'da, ülkemizin aksine, Bruselloz erkeklerde daha sık görülmekte ve erkek kadın oranı 2:1 olarak saptanmaktadır. Avrupa'da da vakaların ülkemize benzer şekilde ağırlıklı olarak 25 yaşın üzerinde olduğu bildirilmektedir (19).

Ülkemizde 1984 yılından beri Brusella Mücadele Programı uygulanmakta ve hayvanlara yönelik olarak bruselloz aşılması gerçekleştirilmektedir. Ayrıca Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı tarafından aşı desteği programları çerçevesinde, büyükbaş ve küçükbaş hayvanlara Brusella aşısının uygulanmasına yönelik destek sağlanmaktadır (19). Bruselloz ile mücadelede yaygın hayvan aşılması, izlenmesi, etkin ve hızlı tanı, erken uyarı sistemi ile bruselloz vakalarının bildirimi, hayvan hareketlerinin kontrol edilmesi, biyogüvenlik önlemleri, paydaşlar arası işbirliği, tazminatların zamanında verilmesi, itlaf, ari sürülere sertifika verilmesi, sürüye yeni hayvan girişlerinin kontrollü ari sürülerden olması ve sanitasyon kurallarına uyulması alınması gereken başlıca önlemlerdir. Aşılama brusella ile mücadelede en kolay ve en ekonomik yoldur. Eradikasyon programını başarıyla uygulayan ülkelerde, aşılama bırakıldıktan sonra seroprevalansın arttığı gözlenmiştir. Bruselloz eradikasyon programları Kuzey Avrupa, Kuzey Amerika ve Yeni Zelanda'da başarılı olmasına karşın, Akdeniz, Asya ve Orta Doğu ülkelerinde başarılı olamamıştır (20).

Sağlık Bakanlığı da brusellozun kontrolüne yönelik bir takım çalışmalar yapmaktadır. Sağlık çalışanları ve halka eğitim verilerek bilinçlendirilmesi, tanı ve tedavi algoritmalarının hazırlanması, Bruselloz Bilimsel Danışma Kurulu oluşturulması, bruselloz hasta yükünün çıkartılması, eğitim modülü hazırlanması ve ilgili kurumlarla işbirliği yapılması bu çalışmalardandır (1-3,21). Ülkemizde 2002 ve 2003 yıllarında insidans hızı sırasıyla 100 binde 25.71 ve 21.20 iken, 2009 ve 2010 yıllarında sırasıyla 100 binde 13.28 ve 10.36 olarak bulunmuştur. Bruselloz insidans hızlarında saptanan bu düşme eğilimi olumlu bir gelişmedir. Ancak hastalığın önlenmesi ve kontrolünde istenen düzeye gelinmesi için kontrol stratejilerinin daha fazla güçlendirilmesine ihtiyaç bulunmaktadır (19).

## **Tularemi**

“Francis ateşi”, “geyik sineği ateşi”, “avcı ateşi”, “tavşan ateşi”, “ohara hastalığı” isimleri ile adlandırılır. Etken Francisella tularensis’tir (1,22). Etken, kemiriciler, hayvanlar ve insanlar arasında keneler ve pireler tarafından direkt taşınır, böylece enfeksiyon etkeni yayılır. Ayrıca enfekte kemiricilerin dışkı ve idrarı ile kirlenen suların kullanılması ile insana sindirim yolu ile de bulaşabilir. Türkiye’de en sık görülen bulaşma türü, su yoluyla bulaşmadır (1,22). Türkiye’de tularemi hastalığı, 2005 yılından bu yana C grubu bildirim zorunlu hastalıklar arasındadır (22).

Tularemi ülkemizde endemik olan bir hastalıktır. Tularemi, 2005 yılından önce Marmara ve Batı Karadeniz Bölgelerinde yaygın iken, 2009-2010 yıllarında özellikle İç Anadolu Bölgesi başta olmak üzere diğer bölgelerden de yeni vakalar bildirilmiştir. Son salgınlarda, İç Anadolu Bölgesinden Çankırı, Kütahya, Yozgat illerinden olgu sayısında artış olduğu bildirilmiştir (22).

Ülkemizde bildirilen olgu sayısı her yıl giderek artmaktadır. Bu artışın nedeni araştırılmalıdır. Tularemiye karşı farkındalığın artması, insan aktivitelerinde değişiklik, ekolojik dengesizlik veya laboratuvar tanı yöntemlerindeki ilerlemeler tespit edilen olgu sayısındaki artışın olası nedenleri arasında sayılabilir. Ülkemizdeki olguların büyük çoğunluğunun su kaynaklı olması nedeniyle hastalığın kontrolünde en önemli faktör, sağlıklı içme suyu ve güvenli gıdanın sağlanmasıdır (1-3,22).

Tularemi çoğu kez tanı almayan ya da yanlış tanı alabilen bir hastalıktır. Önceki yıllarda bildirim dayalı veriler olmadığı için, son zamanlardaki artışın düzeyini net söylemek olanaklı değildir; ancak olgu sayısında bir artış olduğu görülmektedir. Sağlık Bakanlığı’nın tularemi hastalığına dönük çalışmaları, hastalığın yakından izlenmesi ve rehberlerin geliştirilmesi yerinde olmuştur. Hastalığın kontrolü için özellikle kırsalda kemiricilerle mücadele yapılmalı, bu mücadele etkili ve sürdürülebilir biçimde yapılmalı, köylerde su kaynakları ıslah edilerek izlenmelidir (23,24).

## **Kuduz**

Türkiye’de kuduz, en çok köpeklerde (%65) tespit edilmektedir. İkinci sırada sığırlar (%20) gelmektedir. Yabani hayvanlarda kuduz oranı ise %5 bulunmuştur. A grubu bildirim zorunlu hastalıklar arasındadır. Ülkemizde yarasalarda şu ana kadar kuduz virüsüne rastlanmamıştır. Hayvanlarda kuduz insidansı Marmara, Ege, Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde yüksektir. Ülkemiz kuduz enfeksiyonu yönünden endemik bir ülkedir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre ülkemizde, 1973 yılında kuduz mortalite hızı 1 milyonda 1.05 iken,

bu oran 2000 yılına gelindiğinde 1 milyonda 0.04'e düşmüştür. Yıllık yaklaşık 180.000 şüpheli ısırık olgusu sağlık kuruluşlarına başvurmaktadır (1,2).

Ülkemizde köpek kuduzu insidansı, 1990 yılından beri giderek azalmıştır. Ülke genelinde yapılan parenteral aşılama kampanyasının insidansın azalmasında rolü olduğu düşünülmektedir. İnsanlarda bildirilen kuduz vakaları da giderek azalmaktadır. Kuduz şüpheli temasların %71'i köpek, %20'si kedi, %1-2'si vahşi hayvan temasıdır. T.C.Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu tarafından hazırlanan, 2014/30 sayılı 'Kuduzla Mücadele ve Profilaksi Uygulamaları Genelge'sine göre, riskli temas durumunda kuduz profilaksisi yapılmaktadır. Çalışmaları Sağlık Bakanlığı'nca oluşturulan Kuduz Bilimsel Danışma Kurulu takip etmektedir (25).

Ülkemizde kuduzla mücadelede en büyük problem, sahihsiz hayvanların kontrol edilememesidir. Ülkemizde bu hayvanların aşılama ve kısırlaştırma çalışmaları yetersizdir. Başlatılan 'Kuduz Hastalığı Kontrol Projesi' çerçevesinde evcil ve sahihsiz hayvanlar ile Ege Bölgesindeki yabani hayvanların aşılama, hayvan barınakları ve laboratuvarların geliştirilmesi planlanmıştır. Bu proje ile Ege Bölgesinde tilkilerde kuduz pozitiflik oranı azalırken, diğer bölgelerde yaban hayatında pozitiflik oranı artmıştır. Sahihsiz hayvanlarda aşılama başarısız olmuştur. Sebep olarak sahihsiz hayvan sayısının bilinmemesi ve aşılama hayvan oranının hesaplanamaması gösterilmiştir. Belediye ve sivil toplum örgütlerinin aşı kampanyalarına ilgisinin zayıf olması ve aşılama hayvan sayısının oldukça az olması diğer sorunlardır (6).

Kuduz ile mücadelede, sahipli hayvanları ve sahihsiz hayvanları kimliklendirme ve takip sistemi, hayvanların aşılması ve karantinaya alınması, hayvan barınakları kurulması ve sahihsiz hayvanların rehabilitasyonu, itlaf, halkın eğitimi, belediye ve sivil toplum örgütleri ile işbirliği, kanunlarla verilen yetkilerin kullanılması, avcı dernekleri ile işbirliği, yeterli bütçe ayrılması, araç-gereç ve alt yapının sağlanması yapılması gereken işlerdir (1-3,6,10,11,25).

### **Şarbon**

Ülkemizde şarbon hastalığı, "Çoban çıbanı" ve "karakabarcık" olarak da adlandırılır. Uluslararası kaynaklarda ise, antraks ve şarbon olarak adlandırılır. Şarbon, ot yiyen hayvanlardan insanlara geçen bakteriyel bir hastalıktır. Türkiye'de şarbon hastalığı A grubu bildirimi zorunlu hastalıklar arasında yer almaktadır (1,10).

Türkiye'de hastalığın insidansı yıllar içinde bir miktar azalma göstermekle birlikte İç ve Doğu Anadolu bölgelerinde daha fazla olmak üzere görülmeye devam etmektedir (1). Şarbon primer olarak hayvanlarda görülen bir hastalıktır. Ülkemizde en sık deri şarbonu (%)

96.9) görülmekte olup, çoğunlukla hasta hayvanlar ve çıkartıları gibi kontamine materyal ile direkt temas sonucu ortaya çıkar (1). Ülkemizde her yıl hastalıkta bir azalma olduğu gözlenmektedir. Hayvanların aşılması, hasta hayvanların çıkartılarının temizlenmesi, şarbondan ölen hayvanların en az iki metre derine gömülmesi veya kireç dökülmesi, şarbondan ölen hayvana otopsi yapılması, kontamine alanların dekontaminasyonu, bildirim, eğitim, doğru tanı ve tedavi, aile içi bulaşın önlenmesi başlıca korunma ve kontrol yöntemleridir (6,10,12).

### **Kutanöz Leishmaniazis (Şark Çıbanı)**

Deri tipi / kutanöz leishmaniazis ülkemizde “şark çıbanı”, “yıl çıbanı”, “Halep çıbanı” olarak da adlandırılır. Tatarcık sineklerinin (phlebotomus sp.) sokmasıyla, insandan insana veya hayvandan insana leishmania türlerinin bulaşması ile hastalık meydana gelir. Kutanöz Leishmaniazis, Türkiye’de A grubu bildirim zorunlu hastalıklar arasındadır (1,6,10). Visseral tipteki Leishmaniazis (Kala-azar) hastalığı ise bundan ayrılır ve C grubu bildirim zorunlu hastalıklar arasında yer alır (10,11). Ülkemizde Şanlıurfa ili başta olmak üzere, en çok Güneydoğu ve Akdeniz bölgelerinde endemik olarak görülmektedir (1-3,10,11). Kutanöz Leishmaniazis, Türkiye’de önemli bir sağlık problemi olmaya devam etmektedir. Son on yıldaki vaka sayıları değerlendirildiğinde, insidans hızında düzenli bir azalma eğilimi olmadığı, vektör yoğunluğuna bağlı olarak mevsimsel veya bildirimlere bağlı olabilecek düzensiz dalgalanmalar olduğu görülmektedir. Hastalığın endemik olduğu bölgelerde, vektör mücadelesi daha etkili olarak ve kontrol çalışmaları ile bütüncül olarak yapılmalı, bu bölgelerde cibinlik uygulaması yaygınlaştırılmalıdır. Hastaların saptanarak enfeksiyon kaynağı olmalarının önüne geçilmelidir (12).

### **Toksoplazmoz**

Toxoplasma gondii adlı protozoonun ookistlerinin ve sporlarının, kedilerin dışkılarıyla kontamine su ve gıdalarla sindirim sistemiyle alınması veya doku kistleri içeren hasta hayvanların az pişmiş etlerinin yenmesi ile bulaşan bir hastalıktır. Türkiye’de C grubu bildirim zorunlu hastalıklar arasındadır (1,10,11). Kadınlarda erkeklerden daha fazla görülür. Olguların yaş dağılımı incelendiğinde, gebelik döneminde yapılan tarama çalışmaları ile ortaya konulduğu görünmektedir. Eldeki veriler morbiditenin artması ya da azalması yönünde düzenli bir eğilim ortaya koymamaktadır. Gebeler, kan donörleri, veteriner hekimler, hayvanseverler ve diğer riskli gruptaki insanlar ve hayvanlar arasında seroprevalansı yüksektir. Toxoplazmoz ile mücadelede, güvenli hayvancılık uygulamaları, hayvanlarla temasın azaltılması, el yıkama,



gıdaların uygun yöntemlerle pişirilmesi ve tüketilmesi gibi davranış değişikliklerinin yaygınlaştırılması gereklidir (12).

### **Leptospiroz**

“Weil hastalığı”, “domuz çobanı hastalığı”, “pirinç tarlası hastalığı”, “bataklık ateşi” adlarıyla da anılmıştır. Etken leptospira ailesinden spiroketlerdir (1-3). Başlıca rezervuarı farelerdir. Çeşitli çiftlik hayvanları, kedi, köpek ve kanatlı hayvanlarda da bulunabilir. Hayvanlarda kronik böbrek enfeksiyonu oluşturur. İnsana en çok enfekte hayvanların idrarı ile kontamine olmuş suyun içilmesi veya mukozalara teması ile bulaşır (1,10,12). Türkiye’de insanlarda görülen leptospiroz hastalığı C grubu bildirim zorunlu hastalıklar arasındadır. Leptospirozis olgularının gelecekte artabileceği öngörülmektedir (10,12).

### **Kistik Ekinokokkoz (Kist Hidatik)**

Etkeni Echinococcus granulosus isimli parazit olan zoonozdur (1,3,26). Ana rezervuarı köpekgiller ailesinden hayvanların barsağıdır. Etkeni taşıyan hayvanların dışkısı ile kontamine olan eller, su ve gıdalar aracılığıyla sindirim sistemi yoluyla insana bulaşır ve hastalık oluşturur (1,3,27,28). Kist hidatik hastalığı Türkiye’de C grubu bildirim zorunlu hastalıklar arasındadır (10,11). Bu hastalık Türkiye için önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Öncelikle ana kaynak olan hayvanlardan bulaşın önlenmesi gerekmektedir. Multidisipliner yaklaşımla, Sağlık Bakanlığı ile Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı ortak çalışmalar yapılmalıdır. Kistik ekinokokkozis ile mücadelede, temiz su sağlanması, hayvanlarla her türlü doğrudan temastan sonra el yıkama davranışının yaygınlaştırılması önemlidir. Köpek dışkısının su kaynakları ile teması önlenmeli, sahipli köpeklerin sağlık kontrolleri yapılmalı, çocuk parkları, bahçeler gibi alanların köpek dışkısı ile kirlenmesi önlenmelidir. Bu çalışmalar Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı, Belediyeler ve Sağlık Bakanlığı arasında işbirliğini gerektirmektedir (12).

### **YENİ ORTAYA ÇIKAN ZOONOTİK HASTALIKLAR (YZH)**

Yeni ortaya çıkan patojenler; bulaşıcı özellikleriyle yeni konak popülasyonunda görülen veya bulunduğu popülasyonda, insidans hızında artış gösteren veya bulunduğu konak popülasyonunda yeni patojenik özellikler kazanan mikroorganizmalardır (29,30).

Yeni ortaya çıkan zoonozlar, yeni tanınmış veya değişikliğe uğrayarak yeni gelişen veya daha önce görülmüş fakat insidans hızında yeniden artış gösteren ya da coğrafik yayılımda artış eğiliminde olan, konak veya vektörel genişleme gösteren hastalıklar olarak tanımlanır (29,30).

Zoonotik hastalıkların yeni ortaya çıkmasını hazırlayıcı faktörler, Ekolojik Faktörler (Çevre kaynaklı faktörler) ve Antropojenik faktörler (İnsan kaynaklı faktörler) olmak üzere iki başlıkta incelenebilir. Ekolojik faktörler: Küresel ısınma ve iklim değişikliği kaynaklı hayvan göçleri, biyoçeşitliliğin bozulması, türlerin azalması, seller ve taşkınlar yanısıra ticari hayvan besiciliği, hayvan hareketleri, çiftlik hayvanlarında antibiyotiklerin anabolizan olarak kullanılması, mevsimsel kuş göçleri gibi (29,30,31). Antropojenik faktörler: Teknolojik ve Endüstriyel Uygulamalar, kırdan kente göçler, çarpık kentleşme, kıtalararası seyahatler, bölgesel çatışmalar ve savaşlar, ormanların işgali, su havzalarının tahribi, kent/sanayi atıklarıyla su kaynaklarının kirletilmesi gibi (29,30,31).

Yeni çıkan zoonotik enfeksiyonlar, sürekli ilerleme gösteren, kaygı verici sağlık sorununu oluşturmaktadırlar. Şöyleki (7,32);

1. YZH çoğunlukla “yeni” hastalıklardır. Bu nedenle toplum, tedavi ve korunma için hazırlıklı değildir. AIDS, BSE, H5N1, H1N1’de olduğu gibi..

2. YZH önceden tahmin edilemezler. Hayvanlar ve insanlar üzerinde çeşitli etkiler bırakır. SARS, H5N1 ve Pandemik H1N1’de olduğu gibi,

3. YZH’nın çıkışları sürekli artış göstermektedir. Son 50 yılda görülen enfeksiyonların % 75’i zoonozdur.

4. Son yıllarda uluslararası ticaret, seyahat ve hayvan hareketlerinde artış görülmesi zoonotik enfeksiyonların küresel düzeyde yayılmasına yol açmıştır. 1996’da BSE, 2003’de SARS, 2009’da Pandemik İnfluenza (H1N1) artışı gibi.

5. YZH’ların hızla yayılması ulusal, bölgesel, uluslararası pek çok ekonomik göstergeleri ve dengeleri büyük oranda etkilemektedir. Örneğin, tarımsal ve hayvansal üretim, bazı endüstri kolları, seyahat ve konaklama hizmetleri, turizm ve eğlence sektörü, tekstil ihracatı-ithalatı, ulaşım ve taşımacılık sektörü gibi.

Günümüzde YZH konusunda geleceğe yönelik çıkarımlarda bulunabilmek için, bilimsel birikimin iyi değerlendirilmesi gerekmektedir. Tıp biliminde modern patolojinin kurucusu olarak bilinen Dr. Rudolf Virchow, 1867’de “Hiç bir yıl geçmedi ki biz dünyaya, şurada yeni bir hastalık var demeyelim” öngörüsünde bulunmuştur (33).

Türkiye’de görülen bazı yeni ortaya çıkan zoonotik hastalıklar (7,32);  
Son yıllarda ülkemizde görülen, yeni ortaya çıkan zoonozlar bakteri, parazit ve virüs kökenli olarak sınıflandırılırlar.

• **Bakteri Kökenli Yeni Ortaya Çıkan Zoonozlar**

- Kampilobakteriyozis; *Campylobacter jejuni*

- Bartonellozis; Bartonella henselae, B. Clarridgeiae

• **Parazit Kökenli Yeni Ortaya Çıkan Zoonozlar**

- Kriptosporidiyozis; Cryptosporidium parvum

• **Virüs Kökenli Yeni Ortaya Çıkan Zoonozlar**

- Kırım Kongo Kanamalı Ateşi

- Kuş Gribi; Avian İnfluenza Virus H5N1 suşu

- Hantavirüs Hastalığı; Hantavirus

- Domuz Gribi /Meksika Gribi; İnfluenza A Virus, H1N1 suşu

Yeni ortaya çıkan zoonotik enfeksiyonlar, hiçbir sınır tanımadan, yaşam tarzı, kültür, etnik köken veya sosyoekonomik durumuna bakmaksızın her yerde, her yaşta herkesi etkileyebilir (31,32). Yeni ortaya çıkan zoonotik hastalıkların en önemli 3 tanesi aşağıda yer almaktadır.

**Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA)**

Ülkemizde ilk kez 2002 yılında görülen KKKA hastalığı, ülke genelinde giderek yayılmış ve 2008-2009 yıllarında pik yapmıştır. Endemik bölgelerdeki seroprevalans çalışmalarında % 12.8 ve % 17 gibi rakamlara ulaşılmıştır. 2010 yılında ise vaka sayısında % 35 kadar bir azalma olduğu gözlenmiştir. Bu düşüşte Sağlık Bakanlığı ve Tarım Bakanlığı tarafından yapılan halk ve sağlık personelinin eğitimi, kene kontrolü, hayvanların ilaçlanması vb çalışmaların etkisinin olduğu düşünülmektedir. KKKA hastalığına karşı rekombinant ve inaktif aşı oluşturulması için çeşitli araştırmalar yürütülmektedir. Hastalıktan korunma için, eğitim çalışmalarının sürekliliği ile birlikte, kenelerle mücadelenin de devam etmesi gerekmektedir. Riskli bölgelerde çiftlik hayvanlarının düzenli ilaçlanması, ilaçlamanın hayvan sahibine yaptırılmaması, sahada çalışan veteriner sayısının artırılması vb tedbirler önemlidir (6,10).

**Hantavirüs**

Ülkemizde 2009 yılında tespit edilen, Hantavirüs renal sendrom formuyla ülkemizde görülen hastalık, ağırlıklı olarak Karadeniz bölgesinde ve ilkbahar-yaz mevsimlerinde görülmektedir. Daha önceki yıllarda da ülkemizde var olan hastalığın Batı Karadeniz Bölgesinde seroprevalansı %6 olarak bulunmuştur. Bu hastalıkta hekimlerin tanıyı atlamamaları ve hekimlerde farkındalık düzeyinin artırılması için hastalığın daha sık gündemde

tutulması gerekmektedir. Hantavirüsün tüm dünyaca kabul görmüş bir aşısı ve tedavisi yoktur. Hastalıktan korunmada farelerle mücadele ile kişisel ve çevresel hijyene dikkat edilmesi korunmanın esasını teşkil etmektedir (1,6).

### **Batı Nil Ensefaliti (BNV)**

Batı Nil Virüsünün ülkemizdeki varlığı, 1960'lı yıllardan itibaren yapılan seroprevalans çalışmaları ortaya konmuş, 2010 yılı Ağustos'unda Manisa'da yüksek ateş, bilinç bulanıklığı olan ve başka bir nedenle açıklanamayan ensefalit vakaları ile gündemimize girmiştir. Ülkemizde 2010 yılından günümüze kadar 47 kümelenmiş vakada Batı Nil Virüsü tespit edilmiş ve bunların yedisi kaybedilmiştir. Bu vakalar Ege, Marmara, Akdeniz, İç Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinden bildirilmiştir. Aynı dönemlerde Yunanistan ve Rusya'da da benzer vakalar tespit edilmiştir (34).

Hastalıktan korunmada ve hastalığın kontrolünde, sivrisinek popülasyonunun kontrolü en önemli tedbirdir. Bu amaçla su birikintileri ortadan kaldırılmalı, sivrisineklerden korunmak amacıyla repellent, sivrisinek savar aletler ve sineklik gibi yöntemlere başvurulmalı, ölü kuşlara çıplak elle dokunulmamalı, toplum hastalık ve korunma konusunda bilgilendirilmelidir. Yapılan çalışmalar kuru-sıcak yaz mevsiminde insanlarda ve atlarda BNV enfeksiyonunda artış olduğunu doğrulamaktadır (34,35). BNV'nin sadece hayvanlarda kullanılan inaktif aşuları mevcut olup, henüz insanlar için kullanıma sunulmuş bir aşı mevcut değildir. Fatalite oranı % 3-15 arasında değişmektedir (35).

Ülkemiz için risk halen devam etmekte olup, önümüzdeki yıllarda bahar ve yaz aylarında hastalığın tekrar aktivite kazanması beklenmektedir. Bu nedenle pasif veya aktif insan sürveyansı ile hayvan sürveyansı (kuş, at, sivrisinek) yapılmalıdır. Eğitimlerle halkın ve sağlık personelinin hastalığa karşı farkındalık düzeyi artırılmalıdır. Batı Nil ensefaliti, C grubu bildirim zorunlu hastalıklar listesine eklenmiştir (1,6,10,36).

### **GÖÇ VE ZOONOTİK HASTALIKLAR**

Göç, insanların yaşadıkları bölge veya ülkeleri değiştirmesidir. İnsanlık tarihinin başlangıcıyla birlikte var olan göç, kişi, aile, küçük veya büyük toplulukların, işsizlik, daha iyi yaşam arzusu gibi ekonomik nedenlerle afetler, güvenlik sorunları ve savaş gibi kendi istekleri veya değişik durumlar sonucu meydana gelmektedir. Farklı şekillerde sınıflandırılan göç, ülke içi (mevsimlik/geçici, sürekli) veya ülke dışı (uluslararası) göç şeklinde kabaca ikiye ayrılır (37,38).

Uluslararası hukukta *mülteci* kavramı, vatandaşı olduğu ülke dışında olan ve “ırkı, dini, tabiiyeti, belirli bir toplumsal gruba mensubiyeti veya siyasi düşüncesi nedeniyle zulme uğrayacağından haklı sebeplerle korktuğu” için vatandaşı olduğu ülkeye dönmeyen/dönemeyen kişileri ifade etmektedir. Sığınmacı ise, mülteci olarak uluslararası koruma arayan, fakat statüleri henüz resmi olarak tanınmamış kişilere denir. Sığınmacı ve mülteciler, güç yaşam koşulları, barınma, beslenme ile ilgili sorunlar, sağlık ve sosyal hizmetlere ulaşımında güçlükler, şiddet gibi pek çok nedenle sağlık açısından en savunmasız gruplar arasındadır. Sığınmacı ve mültecilere yönelik sağlık hizmetleri ülkeden ülkeye değişmekle birlikte gelişmiş ülkeler de dahil olmak üzere istenen düzeyde değildir. Mülteciler dünya çapında temel sağlık hizmetleri ve koruyucu hizmetler, tanı, tedavi olanakları ve ilaca erişim konusunda ciddi sorunlar yaşamaktadır (39).

Göçler sebep oldukları sosyal sorunlar yanında değişik hastalıklar için risk oluşturmaktadır. En sık görülen göç ilişkili hastalıklar arasında enfeksiyon hastalıkları ön plandadır. Geçmişte sadece belirli bölgelerde görülen enfeksiyon hastalıklarının, göç edilen bölgede ortaya çıkmasında göçün oldukça fazla etkisi vardır. Göç edilen bölgede daha önce görülmemiş hastalıklarla ilgili tanı problemleri ve tanıda gecikme konunun diğer bir problemli yönüdür. 2003 yılında Çin’de rezervuar olan hayvanlardan insanlara bulaşan, ardından seyahatler ve göçler sonucu Kanada, ABD, AB ülkeleri, Asya ülkelerine yayılan SARS hastalığının varlığı, seyahatlerin ve göçlerin hastalıkların yayılmasındaki rolünü ortaya koyan bir örnektir. İç göçlerde, göçmenler hayvanlarını da beraberinde götürdüğünden zoonotik enfeksiyonlar da göç ve enfeksiyon kapsamında dikkate alınmalıdır. Kuş gribi vb. bazı enfeksiyon hastalıklarında kuşların göçleri ile kıtalar arası yayılım söz konusudur (39).

Göçle ilişkili sık görülen enfeksiyon hastalıkları aşağıda sunulmuştur.

- İshal (Tifo ve tifo dışı salmonelloz, amipli veya basilli dizanteri, kolera, giardiyaz gibi)
- Sıtma gibi parazit hastalıkları, çengelli solucan enfeksiyonları, askariyaz, kist hidatik, leishmanyoz, şistozomiyaz, uyuz gibi
- Tüberküloz
- Bruselloz
- Riketsiyoz
- Leptospiroz
- Viral enfeksiyonlar (kızamık, hepatit A/B/E, grip, viral hemorajik ateşler, Kırım Kongo kanamalı ateşi, Ebola kanamalı ateşi, Hantavirus enfeksiyonu vb)
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (HIV, sifiliz vb) (40)

Göçmenlerde görülen enfeksiyon hastalıklarının bulaşma şekli ve zamanı aşağıda özetlenmiştir:

- 1) Göçmenler, ayrıldıkları ülkede prevalansı yüksek hastalıklar açısından enfekte veya taşıyıcı olabilirler. Örnek: Sıtma, tüberküloz, bruselloz, parazit hastalıkları
- 2) Göç esnasında bulaşma olabilir. Örnek: Gastroenteritler, hepatitler.
- 3) Göç bölgesinde bulaşma olabilir (37).

Bulaşma kaynakları açısından su, gıda, cinsel temas, hava, toprak önemlidir. Göçmenlerde enfeksiyonlar yerleşik topluma göre daha sık görülmektedir. Sağlık güvencesi eksikliği/olmayışı, sağlık hizmetlerinden yararlanmada sorunlar, kaçak yaşayanların sağlık kuruluşlarına başvurmaması, Hastalıkları gizleme, yetersiz beslenme, açlık, kalabalık, sağlıksız ve alt yapısı uygun olmayan kalma yeri ve çevre aşılama programı eksikliği/yokluğu, fiziki ve psikolojik travma gibi nedenler düzensiz göçmenlerde enfeksiyonların yerleşik topluma göre daha sık görülmesine yol açmaktadır (37,41).

Göçmenlerde görülen enfeksiyonlar, göçmenlerin geldiği veya yerleştiği ülkeye göre değişebilmekte, kısmi farklılıklar göstermektedir. ABD'ye gelen göçmenler arasında tüberküloz sık görülmektedir. ABD'de göçmenler arasında Hepatit B özellikle Sahra altı Afrika, Doğu ve Güneydoğu Asya'dan gelenler arasında saptanmaktadır. Göçmenlerde barsak parazitozları, % 22-56 sıklığında saptanmıştır. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar da sık rastlanan enfeksiyonlar arasındadır. Avustralya'ya göçmenler ağırlıklı olarak Afrika (% 43) ve Asya'dan (% 42) gelmekte, göçmen ve mültecilerde tüberküloz, lepra, kronik hepatit, şistozomiyaz, helmint enfeksiyonları ve sıtma sık görülmektedir. İspanya'da Afrikalı göçmenler arasında en sık olarak ankilostomiaz (çengelli solucan enfeksiyonu), AIDS, tüberküloz, gonore, giardiazis, şistozomiyaz, amebiyaz ve sıtma enfeksiyonları saptanmıştır.

2011 Nisan sonrası iç savaş nedeniyle 5 milyonu aşan Suriyeli, komşu ülkelere sığınmıştır; Birleşmiş Milletler Mülteci Örgütü'nün (UNHCR) 2017 yılı Ekim verilerine göre; 3.2 milyonu Suriyeli olmak üzere Türkiye'de 3.5 milyon üzerinde mülteci/sığınmacı bulunmaktadır (42,43). Ülkemizde iç ve dış göçlerin neden olduğu enfeksiyon hastalıkları sorunları konusunda ayrıntılı çalışmalar yapılmamış olmakla birlikte, az sayıdaki çalışma ve gözlemler hepatit B/C, HIV enfeksiyonu, sifiliz vb. enfeksiyonların sığınmacı ve göçmenlerde daha yüksek olduğu yönündedir. Bu durum, sığınmacıların geldikleri ülkelerde, ilgili enfeksiyonların sıklığının ülkemizden daha yüksek olması ve olumsuz yaşam koşullarının devamı nedeniyledir.

Ülkemiz, bulunduğu stratejik bölge itibariyle geçici veya uzun süreli göçlere maruz kalmaktadır. Göçlerle birlikte seyahat artışı ve enfeksiyonların değişen epidemiyolojisi nedeniyle, ülkemizde dünyada görülen her enfeksiyon görülebilecektir. Sonuç olarak göçlerle ilişkili enfeksiyonların ülke için zararlarını azaltmak ve göçmenler içinde uygun sağlık hizmet sunma amacıyla; hızlı ve geniş spektrumlu tanı imkânına sahip referans laboratuvarı ile birlikte etkin sürveyans, bildirim sistemi, aşılama, diğer korunma önlemleri, güvenli gıda ve su temini için gerekenler ilgililerce zamanında ve özenle yapılmalıdır.

## **İKLİM DEĞİŞİKLİKLERİ VE ZOONOTİK HASTALIKLAR**

Dünya'nın iklimi değişmekte ve bu değişim ne yazık ki; dünyamızı, atmosferi ve üzerinde yaşayan tüm canlıları olumsuz etkilemektedir. Dünya ikliminin değişimi tüm dünyada eşit şiddette olmadığı gibi her bireyde farklı tepki olarak ortaya çıkmaktadır. Kesin olarak bilinen bir gerçek, son çeyrekte çok hızlı olmak üzere, 20. yüzyılda küresel sıcaklığın sürekli olarak arttığıdır. Bu değişim, buzulların erimesi, aşırı yağışlar veya kuraklık gibi etkilerle dünya üzerinde insan sağlığını olumsuz etkileyebilecek birçok olaya neden olabilmektedir (44-48). İklim değişikliği ve küresel ısınma, tabiatta canlıların yaşamını olumsuz yönde etkileyen yaygın salgın hastalıklara, kitlesel hayvan göçlerine, toplu ölümlere, pek çok hayvan ve bitki türünün yok olmasına yol açarak biyoçeşitliliği bozan en önemli dış faktörler veya tetikleyiciler olarak değerlendirilmektedirler (44-48).

İklim ve sağlık arasındaki ilişki oldukça karmaşıktır. Bir kısım etkileri doğrudan hastalık ve ölümlerdir. Ayrıca, insan sağlığını dolaylı etkileyebilecek olayların sonuçları olarak da karşımıza çıkabilmektedir (46).

İklim değişikliğinin, vektörlerin tür, miktar ve dağılımının değişmesine, su kaynaklarının ve tarım alanlarının azalmasına, bazı polen türlerinin mevsimsel dağılımının değişmesine, sıcak dalgası kaynaklı ölümlerin artmasına sebep olacağı düşünülmektedir. Bu değişikliklere maruz kalmanın ise insan sağlığında; sıcaklık dalgaları, sel, fırtına, yangın ve kuraklık gibi hava olaylarından kaynaklı yaralanma, hastalık ve ölüm sayısının artmasına neden olacağı düşünülmektedir. Ayrıca bazı bulaşıcı hastalıkların vektörlerindeki değişikliklerin devam etmesi, sıcak iklim kuşaklarının kuzeye doğru kayması, sıtma hastalığının coğrafi dağılımının değişmesi, hastalığın meydana gelme olasılığı olan bölgelerin artması ve yayılma mevsiminin değişmesi, göçlerin artması, ishalleri hastalıkların artması ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölüm oranlarının artması gibi olumsuz etkiler de beklenmektedir (47).

İklim değişikliği bazı alerjenlerin ve bazı hastalık vektörlerinin mevsimsel görülme zamanını etkilemektedir. Zoonotik hastalık etkenlerinin yayılmasında, hastalık etkilerinin

yaygınlaşmasında küresel ısınma ve iklim değişikliğinin etkisi aşıkardır. Sıtma, dengue humması, sarıhumma, BNV, KKKA, leptospiroz gibi vektör kaynaklı hastalıklarda artış olmaktadır (49).

Sellerin sağlık etkisi, ölüm, yaralanma, enfeksiyon hastalıkları ve toksik bulaşmadan, ruh sağlığı problemlerine kadar değişiklik göstermektedir. Ukrayna'da 1997'de ve Lizbon'da yaşanan sel felaketinden sonra Weil Hastalığı (leptospiroz) olgularında artış saptanmıştır (45).

Daha çok tropikal ve subtropikal bölgelere özgü olan bazı hastalıkların dağılımı, küresel ısınmaya ve yağışlardaki değişimlere paralel olarak dünyanın değişik bölgelerine taşınabilmektedir (50). Vektör kaynaklı hastalıklar sivrisinek, kene, karasinekler gibi eklembacaklıların sokması ile hastalık etkenini insana bulaştırması sonucu oluşan hastalıklardır. Kene kaynaklı enfeksiyon hastalıklarından biri olan KKKA, fare kökenli tularemi hastalığı, hantavirüs ve filebovirüs enfeksiyonları Türkiye'de yakın zamanda saptanmıştır ve hepsinin iklim değişikliği ile bağıntılı olduğu ifade edilmiştir (49).

Polat ve arkadaşlarının İstanbul'da yaptıkları bir çalışmada 2004–2006 yılları arasında leptospiroz olgularının yağış ve sıcaklık ile ilgisi araştırılmıştır. Bu araştırmanın sonuçlarına göre, sıcaklığın arttığı Nisan, Mayıs ve Haziran aylarında akut leptospiroz olgularında artış saptanması önemli bir bulgudur (50). Leptospiroz hastalığının Güney Amerika'da ve Güney Asya'da sel sonrası geniş bir bölgede ortaya çıktığı raporlanmıştır (48). Bazı ülkelerde yağmurlu mevsimlerde açık kanalizasyonların ve caddelerin sel basması leptospiroz için risk faktörüdür (49).

Kuzey Amerika ve Asya'da iklim değişkenliklerinin, veba üzerinde riski olduğu söylenmektedir (51).

Hantavirüs vaka sayısı, küresel olarak bir halk sağlığı tehdidi oluşturacak kadar yüksek rakamlara ulaşmıştır. Hantavirüsler insanlarda “renal sendrom ile seyreden kanamalı ateş” ve “Hantavirüs pulmoner sendrom” olmak üzere iki türlü hastalık tablosuna yol açarlar. Tüm dünyada yıllık yaklaşık 150 000 ile 200 000 olgu, “renal sendrom ile seyreden kanamalı ateş” tanısı ile hastaneye yatırılmakta ve tedavi edilmektedir. Bu olguların büyük kısmı (100 000) *Hantaan virus* ve *Seoul virus* tarafından oluşturulur ve Çin'de görülür. Amerika'da ise yılda yaklaşık 200 olguya “Hantavirüs pulmoner sendrom” tanısı konulmaktadır (51). Avrupa ülkelerindeki “renal sendrom ile seyreden kanamalı ateş” vaka sayılarının, rodent popülasyonu ile yakından ilişkili olduğu bildirilmektedir. Hantavirüs insidansındaki artış genellikle üç yıllık periyotlar ile gözlenmektedir. Bunun; özellikle ormanlık alanlardaki kayın ve meşe ağaçlarındaki palamut sporlarındaki artış ile paralel olarak rodent popülasyonundaki artıştan



kaynaklandığı bildirilmektedir. Küresel ısınmanın etkisinin bu dinamikleri etkileyeceği düşünülmektedir (51).

İklim değişikliği ile beraber dünyada olduğu kadar ülkemizde de görülmeyen bazı zoonotik hastalıklara tanrı konmaya başlanmıştır. Bu kapsamda, BNV Enfeksiyonu, bir spiroket olan *Borrelia burgdorferi* ile gelişen, zoonotik bir hastalık olan Lyme hastalığı ortaya çıkmıştır (52,53). Su ile ilişkili paraziter hastalıklardan şistozomiyazın dağılımı, iklimsel faktörlerden etkilenebilmektedir. Brezilya'nın bir bölgesinde kurak mevsimlerin uzunluğu ve insan nüfusunun yoğunluğu şistozomiyazın dağılımında ve artışında en önemli faktördür (54). Çin'de yapılan son çalışmalar geçen on yılda ısınmaya paralel olarak şistozomiyazın arttığını göstermektedir (54).

21. yüzyıl başında, 2001'de yayımlanan bilimsel araştırma bulgularına göre, dünyada genel patojenik özellikleri bilinen toplam 1400'ten fazla cinste mikroorganizmanın %60 kadarının zoonoz özellik taşıdığı tespit edilmiştir. DSÖ'nün 1996 raporuna göre 1975 yılından beri bütün dünyada son 30–35 yıl içinde daha önce hiç görülmemiş veya hastalıklarına rastlanılmamış 35'den çok cinste enfeksiyon hastalığının keşfedildiği belirtilmektedir. Ayrıca, ABD'de Ulusal Bilimler Akademisi Tıp Enstitüsünün hazırladığı 2009 yılı araştırma raporuna göre, 1980'den 2007 yılına kadar toplam 87 yeni insan patojeni mikroorganizma tespit edilmiştir. Bu yeni hastalıkların doğal kaynaklarının önemli oranda evcil hayvanlar ve % 80 oranında yabani hayvanlar olduğu bilinmektedir. Dolayısıyla yeni çıkan hastalıkların % 75'inin zoonoz özellik taşıması ciddi, kaygı verici, dikkate alınması zorunlu sağlık sorunudur. Bu nedenle iklim değişikliği ve küresel ısınma çok eski zamanlardan beri bilinen, fakat son yıllarda YZH hastalıklarının zararlı etkilerinin sürekliliğini sağlayan tetikleyici dış etkilendir (33).

İklim değişikliği, küresel bir halk sağlığı sorunudur. Tüm çalışmalar ve süreçte yer alan sağlık çalışanları etkenin ortadan kaldırılmasına yönelik birincil korunmaya odaklanmalıdır (44).

## **TRAKYA'DA HAYVANCILIK VE ZOONOTİK HASTALIKLAR**

Trakya'daki zoonotik hastalıklar, bu bölgede insan ve hayvanlarla yapılmış brusella, tularemi, KKKA ve riketsiyoz gibi hastalıkların değerlendirildiği yayınlarla ortaya konulmuştur.

### **Trakya'da Bruselloz**

İnsanlarda hastalık etkeni olan türler *Brucella melitensis*, *Brucella abortus*, *Brucella suis*, *Brucella canis*'tir. *Brucella melitensis*, başlıca koyun ve keçilerde hastalık yapmakta ve

insanlara geçiş, özellikle besin yoluyla olmaktadır. Sığır Brusellozunun primer etkeni Brucella abortus'tur, ayrıca Brucella melitensis ve daha az sıklıkla Brucella suis'ten kaynaklanan enfeksiyonlar da görülmektedir. Koyun ve keçi brusellozunun primer etkeni ise Brucella melitensis' tir. Sığır, keçi ve koyunların bir arada yaşaması, Brucella abortus ve Brucella melitensis' in diğer hayvanlara yayılmasına neden olmaktadır (55,56).

Erdoğan ve arkadaşları, 1989-1992 yılları arasında Trakya bölgesinde sığır, koyun ve keçi atık fetuslarında bruselloz' un seroprevalansını araştırmışlardır. Bu çalışmada, 97 sığır ve 154 koyun-keçi fetusunun analizinde, sığırlarda % 13.4 oranında brucella abortus, koyun ve keçilerde % 20 oranında brucella melitensis izole edilmiştir. Ayrıca sığırlarda %11, keçi ve koyunlarda %16 dolayında seropozitiflik saptanmıştır (57).

Trakya yöresinde Bruselloz'un seroprevalansını belirlemek için, Demirözü ve arkadaşlarının yürüttükleri bir başka çalışmada, İstanbul, Edirne, Kırklareli ve Tekirdağ illerinde 6089 sığıra ait serum incelenmiş, brusella enfeksiyon seroprevalansı % 1,06 olarak saptanmıştır. Bu alışmada Trakya'da yetiştirilen 75 sığıra ait süt örneklerinde de izolasyon oranı % 4 olarak bulunmuştur (58).

Trakya yöresinde yetiştirilen sığırlarda sütleri tüketime sunulan 75 sütü sığırın süt örnekleri kullanılarak Abdelkareem ve arkadaşlarınca yürütülen bir çalışmada ise, PCR ile 75 süt örneğinden 17'sinde (% 22.6) Brucella spesifik DNA saptanmıştır. İzolasyonun yapıldığı  süt rneğinde PCR' da pozitif sonuç vermiştir. Bu çalışmada 1(bir) süt numunesinden Brucella melitensis izole edilmiştir. Etkenin koyunlardan sığıra bulaştığı dşnlmştir. Bu alışma ile önemli zoonozlardan biri olan Bruselloz' un özellikle Trakya bölgesinde, duyarlı hayvanlar arasında ve insanlarda oldukça yaygın görülebileceği gösterilmiştir (59).

Türkiye'de hastalık etkeni olarak izole edilen türlerin büyük çoğunluğunun Brucella melitensis olduğu görülmektedir (60). Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarı'nda kan kültüründen izole edilen Brucella türleri ve biyotiplerinin saptanması amaçlanmıştır. Yapılan alışma ile 1997-2002 yılları arasında 14815 hastadan yapılan kan kültürünün 48'inden (%0.3) Brusella cinsi bakteriler üretilmiştir. Trakya Bölgesi'nden hastalık etkeni olarak izole edilen 48 kökenin 47'inin (%98) Brucella melitensis, bir tanesinin (%2) Brucella abortus olduğu bildirilmiştir (61). Trakya Bölgesi'nde 1991-1993 yıllarında yapılan çalışma sonrasında tüm erişkin sığır ve koyunlar, Brucella aşıları ile aşılanarak ülkesel kontrol ve eradikasyon programına dahil edilmiştir (62).

Trakya Bölgesi'ne komşu olması nedeniyle Yunanistan'daki durum irdelendiğinde, insanlardan izole edilen tüm Brusella suşlarının B.melitensis olduğu grlmştir. Ülkemizde

insanlarda brusella insidansı 100 binde 12-50 aralığında iken, Yunanistan'da insidansın 100 binde 4-33 oranla oldukça yakın seyrettiği anlaşılmıştır (63).

Trakya bölgesinde hayvanların yanı sıra insanlarda da yapılan bazı çalışmalar ile Bruselloz vakaları değerlendirilmiştir. Trakya Üniversitesi Hastanesinde İzlenen Bruselloz Olgularının Değerlendirilmesi adlı retrospektif çalışma ile, Trakya Üniversitesi Hastanesi'nde 2001-2005 yılları arasında izlenen %49'u kadın, 17-76 yaş arasındaki 47 bruselloz olgusunun klinik ve laboratuvar özellikleri, tedavileri, tedavinin etkinliği ve prognozunun değerlendirilmesi yapılmıştır. Bu çalışmada olguların yarısında komplikasyonlar saptanmış, bu durum hastaların hastaneye başvurularında gecikme olarak yorumlanmıştır. Bu çalışma ile sıklıkla görülen osteoartiküler komplikasyonların önemli iş gücü ve ekonomik kayıplara neden olması göz önüne alındığında, zoonotik hastalıklarla bulaşın önlenmesinde gerekli tedbirlerin alınmasına ve zoonotik hastalıkların ekonomik yüküne dikkat çekilmiştir (64).

Trakya Üniversitesi Hastanesine Başvuran 40 Bruselloz Olgusunun Değerlendirilmesi isimli diğer bir çalışma ile Haziran 1994-Temmuz 2001 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Hastanesinde bruselloz tanısı alan 40 hastanın retrospektif olarak klinik ve laboratuvar bulguları değerlendirilmiştir. Türkiye'de, 1980-1996 yılları arasında çeşitli illerde yapılan, toplam 912 bruselloz olgusunun incelendiği çalışmalarla, Trakya'da yapılan bu çalışma paralellik göstermektedir. Şöyle ki Trakya'daki brusella vakalarında ülkedeki çalışmalarda olduğu gibi, en sık klinik bulgu olarak ateş, terleme ve halsizlik görüldüğü, yine ülkedeki çalışmalara benzer oranla çiğ süt ve taze peynir tüketme öyküsü (% 62.5 olguda) olduğu tespit edilmiştir. Yine Trakya Üniversitesi'nde yapılan bu çalışma ile brusellozun, birçok hastalıkla kolaylıkla karışabilen çok değişik semptom ve kliniğinin olması nedeniyle, tanısını ve tedavisinin geciktiğine dikkat çekilmiştir (65).

Tikveşli ve arkadaşları (66) tarafından Trakya Bölgesi'nde TÜTF Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarı'nda Mayıs 1997- Ocak 2002 tarihleri arasında izole edilen ve Brusella tanısı alan 42 hastadan izole edilen Brucella kökenlerinin invitro antibiyotik duyarlılığı incelenmiştir. Doksisisiklin, rifampisin, ofloksasin, siprofloksasin, streptomisin, azitromisin, seftriaksonun etkinliği araştırılmıştır. Doksisisiklin, rifampisin, ofloksasin, siprofloksasin, streptomisin, seftriaksonun Brusella suşları üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Trakya bölgesinde Brusella tedavisi planlayacak hekimler için oldukça geniş bir antibiyotik listesi olduğu anlaşılmıştır (66).

### **Trakya'da Hidatidozis**

Trakya Bölgesinde hakkında çalışma yürütülen diğer bir hastalık da Hidatidozis veya Ekinokokkozis isimleriyle de anılan Kist Hidatiktir. Hidatidozis, Echinococcus granulosus ya

da Echinococcus multilocularis'in larva şeklinin insan ve hayvanlarda oluşturduğu zoonotik bir hastalıktır. Echinococcus granulosus 'un erişkini köpek, kurt ve çakal gibi hayvanların ince bağırsaklarında yerleşirken, larvası insan, sığır ve koyun gibi hayvanlarda hidatik kist hastalığına neden olmaktadır. Hidatik kist halen ülkemizde ve dünyada zoonotik önemi olan bir problemdir. Ülkemizde hidatidozisin yaygınlığını araştıran pek çok çalışma vardır. Bu çalışmalardan biri Trakya'da yapılmıştır. Özkan ve arkadaşlarının Edirne ve çevre illerde yaptığı bir çalışmada, sığırlarda hidatik kist enfeksiyon oranı Edirne'de % 3.3, Tekirdağ'da % 4.7, Kırklareli'de % 7.9 bulunmuştur. Koyunlarda Hidatik kist enfeksiyon oranı Edirne'de % 1.8, Tekirdağ'da % 5.6 Kırklareli'de % 1.1 olarak tespit edilmiştir (67). Esatgil ve Tüzer'in, 2007 yılında yaptığı diğer bir çalışmada Trakya'da 12 mezbahada kesilen 640 sığır ve 742 koyun hidatik kist yönünden incelenmiştir. Hidatidozis'in sığırlardaki enfeksiyon oranı % 11.6, koyunlardaki enfeksiyon oranı % 3.5 olarak bulunmuştur (68).

Trakya'ya komşu aynı coğrafik yapıda olan ve benzer yapıları gösteren Bulgaristan ve Yunanistan'da da kasaplık hayvanlarda hidatidozisin yaygınlığı araştırılmış Bulgaristan'da sığırlarda enfeksiyon oranı % 8, koyunlarda enfeksiyon oranı % 7.5 (69) olarak bulunmuştur. Yunanistan'da Himonas ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, sığırlarda enfeksiyon oranı % 56.6, koyunlarda enfeksiyon oranı % 100 bulunmuştur (70).

Türkiye'de insanlarda hidatidozisin yaygınlığına dair çalışmalar yapılmış Trakya bölgesinde böyle bir çalışma olmamasına rağmen, İstanbul'da Artun ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada enfeksiyon oranı % 34.8 olarak bulunmuştur (71). Yine Türkiye'de ve değişik ülkelerde köpeklerde olası ve kesin Echinococcus granulosus enfeksiyonlarının yaygınlığı %22.7 olarak bulunmuştur (72).

### **Trakya'da Fasciola Hepatica**

Trakya'da bu çalışma ile koyun ve sığırlarda karaciğer trematod enfeksiyonlarının yaygınlığı araştırılmıştır. Bu amaçla 03.03.1997 ve 22.10.1997 tarihleri arasında Tekirdağ, Hadımköy, Lüleburgaz, Çorlu, Kırklareli ve Keşan mezbahalarına gidilerek toplam 476 koyun ve 415 sığırın karaciğerleri kesim sonrasında incelenmiştir. Çalışmada fasciolosis hepatica'nın yaygınlığı koyunlarda % 3.9 ve sığırlarda % 0.5 bulunmuştur. Karaciğerlerde kısmen veya tamamen imhayı gerektirecek bozukluğa rastlanmamıştır (73).

### **Trakya'da Kırım Kongo Kanamalı Ateşi**

Kırım Kongo Kanamalı Ateşi hastalığının Trakya'daki keneler ve insanlar üzerindeki yaygınlığını araştırmak için Gargılı ve arkadaşları tarafından bir çalışma yapılmıştır. Kırklareli

ili, Kömürköy, Taşağıl köyü ve Çayırli köyü sakinlerinden toplam 193 serum örneği toplanarak anti KKKA virüsü antikorları araştırılmış ve 193 serum örneğinin %11'inde anti KKKA IgG, %1.5'inde IgM antikorları saptanmıştır. Pozitif olanlar arasında, ortalama yaşın daha yüksek olduğu ve erkek cinsiyetinde olanlarda anlamlı yükseklik bulunmuştur. Sonuçlara göre bölgede anlamlı ölçüde bir KKKA IgG yüzdesi saptanmıştır. IgG oranının IgM oranından yüksek olması bölgede infeksiyonun yeni giriş yapmadığını, pozitif kişilerin etkenle belirli bir süre önceden karşılaşmış olduğunu göstermektedir. IgG oranlarının Orta Anadolu'nun endemik bölgelerinde, risk gruplarındaki kişilerde %12 dolayında olduğu bilinmektedir. Ancak endemik bölgede yıllık olgu sayısı ve insidans hızı yüksektir. Kırklareli ilinde saptanan %11'lik IgG oranına rağmen olgu sayısının düşük olmasında, konak faktörleri ve viral faktörlerin etkisi olabileceği gibi, kene tutma olgularında farkındalığın artırılması ve uygun korunma-uygulama yöntemlerinin kullanılmasının da etkisi olabileceği saptanmıştır (74).

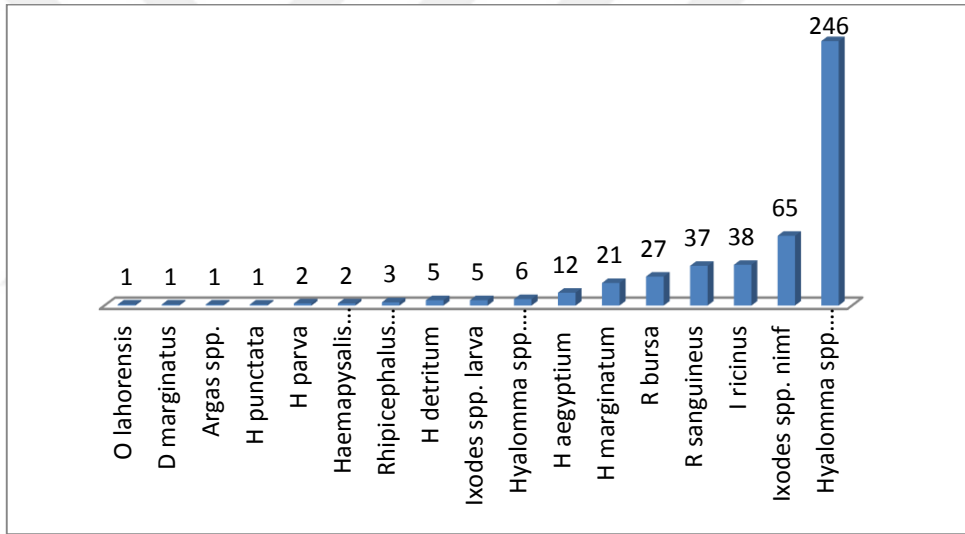
Trakya Bölgesinde hayvanların üzerinden toplanan keneler KKKA virüsü açısından RT-PCR yöntemi ile incelenmiştir. 2006-2008 yılları arasında 54 köydeki 450 sığır üzerinden toplanan kenelerde KKKA virüsü saptanmıştır. Örnek toplanan merkezlerin dağılımı ve yayılış haritası aşağıda verilmiştir. Kırklareli ilinde hayvanlardan toplanan kenelerin %3'ünde virüs saptanmıştır. Örneklerde KKKA virusunun 2 farklı genogrubuna ait izolatlar bulunmuştur. Kenelerin çoğunluğunu *Hyalomma marginatum*, *Hyalomma aegyptium*, *Rhipicephalus bursa*, *Rhipicephalus (Boophilus) annulatus* oluştururken, daha azını *Dermacentor marginatus*, *Rhipicephalus sanguineus* group ve *Ixodes ricinus*'un oluşturduğu görülmüştür. Kene faunası açısından araştırma bölgesindeki iller arasında fark olmadığı anlaşılmıştır. Toplanan kenelerde KKKA alt suşları (Avrupa 1 ve Avrupa 2 suşları) tespit edilmiştir (74).

Gargılı ve arkadaşlarının 2006 yılından itibaren Kırklareli ili ve kırsalında, KKKA virüsü varlığının keneler ve insanlarda gösterilmesi için yürütülen "Zoonotik Etkenlerin Vektör Kenelerde Saptanması, Risk Haritalarının Oluşturulması ve Lyme Hastalığı Takibi" başlıklı SBAG-2881 no'lu TÜBİTAK projesinin Kırklareli ili sonuçları 07.03.2010 tarihinde Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü'ne sunulmuş olup bazı bulgular aşağıda verilmiştir (75). Kırklareli ili, Kömürköy (100 örnek), Taşağıl köyü (81 örnek) ve Çayırli köyü (12 örnek) sakinlerinden toplam 193 insan serum örneği toplanmıştır. Bütün örnekler anti KKKA virüsü antikorlarının saptanması amacı ile incelenmiştir. 193 serum örneğinin % 11'inde anti KKKA IgG, % 1.5'inde IgM antikorları saptanmıştır.

İnsanlardan toplanan keneler, 2007 yılında Kırklareli İli'ne ait hastane ve merkezlerden 473 adet kene örneği analiz edilmiş, en yüksek sayıda *Hyalomma spp.* nimfine rastlanmıştır. Nimf dönemindeki kenelerin kesin tür ayrımı yapılamamaktadır. Bu nedenle bulunan

*Hyalomma* spp. nimflerinin *Hyalomma marginatum* (KKKA vektörü) türüne ait olup olmadığını tayin etmek morfolojik olarak mümkün olmamıştır. Ancak, doymuş halde ve canlı olarak elde edilen bazı nimfler gömlek değiştirip erişkin hale gelmiş ve tür ayırımları yapılmıştır. Bu örneklerin *Hyalomma aegyptium* (kaplumbağa kenesi) olduğu görülmüştür ve bu kenenin KKKA hastalığı ya da başka bir zoonoz hastalık ile ilişkisi saptanmamıştır.

Kırklareli ilinde insanları tutan kenelerde ikinci sırada *Ixodes* türleri gelmektedir. Bu tür, özellikle Lyme hastalığı vektörlüğü nedeni ile önemlidir. Kırklareli ilinde sahadan toplanan örneklerde Lyme hastalığı etkeni olan *Borrelia burgdorferi* grubu etkenler saptanmıştır. Bu nedenle ilde görev yapan hekimlerin özellikle Lyme belirtileri ve tanısı, kene tutma olgularının takibi konularında bilgilendirilmeleri gerektiği önerilmiştir. Kırklareli İlinde 2007 yılında insanlardan toplanan kene türlerinin dağılımı Şekil 1’de verilmiştir.

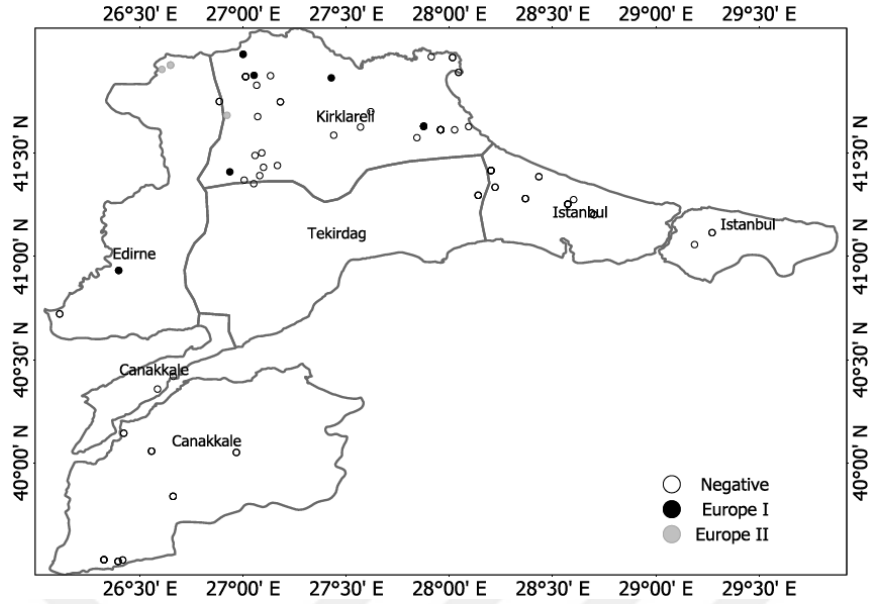


Şekil 1. Kırklareli İlinde 2007 yılında insanlar üzerinden çıkarılan kene türlerinin dağılımı

Şekil 1’in değerlendirilmesi ile Kırklareli İlinde 2007 yılında insanlar üzerinden çıkarılan kene türlerinin dağılımında en yüksek sayıda *Hyalomma* spp. nimfine rastlanırken, ikinci sırada *Ixodes* türündeki kenelere rastlanmıştır.

Hayvanlardan toplanan keneler;


Kırklareli ilinde 2006-2008 yılları arasında 5 köyden hayvanların üzerinden toplanan kenelerde KKKA virüsü saptanmıştır. Örnek toplanan köylerin dağılımı ve yayılış haritası Şekil 2’de verilmiştir. Kırklareli ilinde hayvanlardan toplanan kenelerin % 3’ünde virüs saptanmıştır.



**Şekil 2. Kırklareli ilinde 2006-2008 yılları arasında hayvanların üzerinden toplanan kenelerde saptanan KKKK virüsünün dağılımı**

Kırklareli İlinde sahadan toplanan keneler; sahadan toplanan örneklerde en yüksek oranda *Ixodes spp.*'ye rastlanmıştır. Lyme hastalığı etkeni olan *Borrelia burgdorferi* s. türleri PCR yöntemi ile aranmıştır. Pozitif bulunan örnekler ve yerleri Şekil 3'te verilmiştir.



 Sahadan kene toplanan yerler  *Ixodes spp.* türü kenenin izole edildiği yerler

**Şekil 3. Kırklareli İlinde sahadan toplanan kenelerin toplandığı yer ile *Ixodes spp.* türü kenenin bulunduğu yerler haritası**

Çalışma sonuçlarına göre, Kırklareli ilinde insanlarda % 11 oranında anti KKKAv IgG pozitifliği ve kenelerde % 3 oranında KKKAv virüsü pozitifliği mevcuttur. İlde insanları tutan keneler içinde *Ixodes* cinsi önemli yer tutmaktadır. Sahadan toplanan keneler içinde de en yüksek oranda *Ixodes* spp.'ye rastlanmıştır. Saha örneklerinde Lyme hastalığı etkenleri saptanmıştır. Bölgede Lyme hastalığı açısından farkındalığın artırılması ve hekimlerin kene tutması olgularında bu durumu göz önünde bulundurması yararlı olacaktır.

Yine Gargılı ve arkadaşlarının Trakya'daki kenelere yönelik başka bir çalışması, 2007 yılı Mayıs ve Kasım ayları arasında yürütülmüştür. Trakya Yöresindeki Tekirdağ, Kırklareli ve Edirne illerinde kene tutunma şikayeti ile hastanelere başvuran insanlardan alınan 1478 kene örneği incelenmiştir. Örnekler tür, gelişim dönemi, cinsiyet, tutunma zamanı ve bölgesi yönünden değerlendirilmiştir. Teşhis edilen keneler *Hyalomma* spp. (% 76.1), *Rhipicephalus* spp. (% 11.7), *Ixodes* spp. (% 10.6), *Haemaphysalis* spp. (% 1.5), *Dermacentor* spp. (% 0.07), *Ornithodoros* spp. (% 0.07) ve *Argas* spp. (% 0.07) olarak bulunmuştur. En fazla *Hyalomma aegyptium* nimflerine (% 68.5) rastlandığı görülmüştür. Hastaneye başvuru zamanı bakımından, kene tutunma olgularının en çok Ağustos ayında (% 30.1) gerçekleştiği tespit edilmiştir. *Ixodes* spp. kaynaklı olgular bölgenin Karadeniz kıyısında yoğunlaşmıştır. Olguların büyük çoğunluğunun (% 61.3) şehirsiz alanlardan geldiği görülmüştür (76).

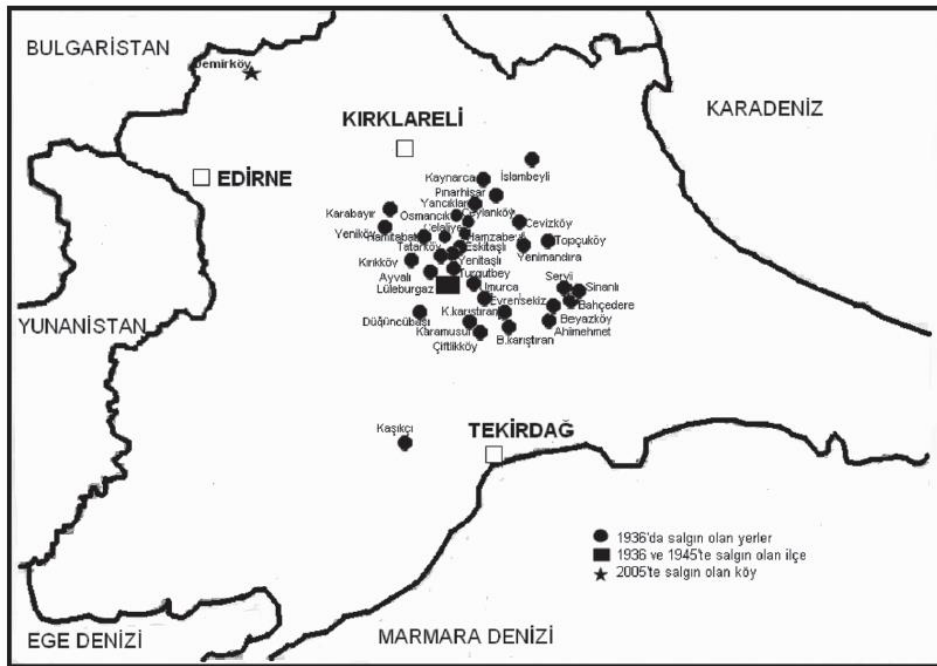
### **Trakya'da Tularemi**

Tularemi hastalığı'nın Türkiye'de ilk tanısını Çorlu Askeri Hastane'sinden Dr. Ömer Bican, Dr. İrfan Titiz ve Dr. Mustafa Fevzi Kurtaran, İstanbul Gülhane Hastanesi'nden Prof. Dr. Kemal Hüseyin Plevnelioğlu koymuştur (77-79). İlk tularemi vakaları 1936'da Kırklareli Lüleburgaz Askeri Hastanesi'nde askerlerde ve İstanbul Silivri, Çatalca ilçeleri ile Tekirdağ köylerinde yaşayanlarda sporadik olgu olarak görülmüş ve 133'ü asker, 17'si Kırklareli İli Lüleburgaz İlçesi Turgutbey Köyü'nden 150 kişinin salgından etkilendiğini tespit etmişlerdir (77,80).

Dr.Öz, tulareminin Trakya'da geçmişte görülüp görülmediğini araştırmış ve köylerde bu hastalığın “şiş, top ve pirinç hastalığı” adıyla adlandırıldıklarını görmüştür (81). Trakya'daki Tularemi vakalarında Türkiye vakalarında olduğu gibi orofarengeal form ön plandadır (82,83). Dr.Öz, 1930'da hastalanan iki vakada skar izi saptamış ve serolojik olarak vakaların tularemi hastalığı geçirdiğini tespit etmiştir (81). 1945 yılında Tekirdağ Çorlu Askeri Hastanesi'nde teşhis edilen Kırklareli Lüleburgaz kaynaklı ikinci bir tularemi salgını baş göstermiştir. Salgından 15 asker ile sivil halktan 3 vatandaşın etkilendiği görülmüştür (80, 84, 85). Trakya



bölgesinde altmış yıl sonra, 2005 yılında, Edirne'nin Lalapaşa İlçesi Demirköy köyünde yeniden tularemi salgını ortaya çıkmıştır. Köydeki 266 kişiden boğaz-lenf nodu sürüntü örnekleri alınmış, kültür ile spesifik antikörler taranmıştır. Aktif süreyans yapılmış ve on vakanın yedisine orofaringeal tularemi tanısı konulmuştur. Tularemi için kültürün negatif olduğu, PCR pozitif olduğu, bazı su kaynaklarında da tularemi etkeninin pozitif olduğu tespit edilmiştir. Yabani tavşan avcılığı, kemirgen popülasyonunun artması ve su kaynaklarındaki kirlilik hastalık için riskli olarak ortaya konmuştur (79,80,85-88). Trakya bölgesinde yıllar içerisinde Tularemi salgını olan yerler Şekil 4'te gösterilmiştir.



**Şekil 4. Trakya Bölgesi'nde tularemi salgını saptanan yerler (79)**

Şekil 4'ün incelenmesi ile 1936 ve 1945 yıllarında saptanan tularemi salgınının Kırklareli İli Lüleburgaz ilçesi kırsalında yoğunlaştığı görülürken, 2005 yılında saptanan tularemi salgınının Edirne İli Lalapaşa kırsalında görüldüğü anlaşılmaktadır. Trakya'ya komşu ülke olan Bulgaristan'da 1998-2003 yıllarında meydana gelen son salgında su kaynaklı 262 tularemi olgusu saptanmıştır (89,90). Bulgaristan'da bazen tek tek, bazen de salgınlar halinde tularemi olguları görülmüştür (91,92). Kosova'da da savaş sonrası 2000-2003 yılında 300'den fazla vaka ile iki tularemi salgını saptanmıştır (92,93).

### **Trakya'da Riketsiyoz**

Trakya Bölgesinde 2003 yılında, kene tutunması, ateş, kene ısırılan bölgede makülopapüler döküntü, baş ağrısı, kas ağrısı vb belirtilerle Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvuran 11 hastada riketsiyoz tanısı ve tiplendirilmesi yapılmıştır. Hastaların 7'sinin Edirne, 3'ünün Kırklareli ve bir tanesinin Tekirdağ ilinden geldiği görülmüştür. Hastaların tamamında yüksek ateş ve makülopapüler döküntü olduğu, köpeklerle temasları olduğu anlaşılmıştır. Serolojik incelemelerde ve cilt biyopsilerinde *Rickettsia conorii* antikoru tespit edilmiştir. 2003 yılı verilerine göre bir milyon insanın yaşadığı Trakya bölgesinde 11 riketsiyoz vakası, beklenenin çok altındadır. Ateşli ve döküntülü hastalarda ayırıcı tanıda riketsiyoz mutlaka düşünülmelidir (94).

2001-2002 yılları Nisan-Eylül aylarında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvuran 13 hasta Akdeniz Benekli Ateşi (*Rickettsia conorii*) açısından değerlendirilmiştir. Hastaların çoğunluğunun kırsal kesimde yaşayan ve tarımla uğraşan kişiler olduğu ve tüm hastalarda yüksek ateş, makülopapüler döküntü olduğu ve doksisisiklin kullanımı ile tam tedavi sağlandığı görülmüştür. Trakya Bölgesi'nin riketsiyozlar gibi kenelerle bulaşan hastalıklar için endemik bir alan olduğu anlaşılmıştır (95). Kuloğlu ve arkadaşları (96) tarafından Trakya Bölgesi'nde riketsiyozların prospektif olarak değerlendirildiği bir çalışmada, 2004 yılında Mayıs ve Kasım aylarında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvuran 11 hasta riketsiyoz açısından incelenmiştir. Klinik olarak riketsiyoz belirtilerini, ateş, döküntü, baş ağrısı, kas ağrısı gösteren hastalardan, tedavilerine başlamadan önce serum ve cilt biyopsi örnekleri alınmıştır. İki multiple organ yetmezliği nedeniyle olmak üzere 3 hasta hayatını kaybetmiştir. Tüm vakalarda riketsiyalara karşı antikor tespit edilmiştir. Cilt biyopsilerinden alınan örneklerin % 60'ında, kan örneklerinin tamamında *Rickettsia conorii* gösterilmiştir. Trakya Bölgesi riketsiyozlar açısından endemik bir bölgedir. Türkiye'de atipik ve hayatı tehdit eden ciddi ateşli hastalık ayırıcı tanısında riketsiyozlar mutlaka akılda tutulmalıdır (96).

### **MESLEKİ ZOONOTİK HASTALIKLAR**

Bazı mesleklerde bazı hastalıkların riski yüksektir. Mesleki enfeksiyonlar kaynağına göre, zoonozlar, insandan bulaşanlar ve çevreden kaynaklananlar olarak üç grupta değerlendirilebilir. Kuduz, Klamidya, Riketsiya Q humması, kene ısırığı hastalıkları, şarbon, brusellozis, leptospirozis, şistozomiozis gibi enfeksiyonlar meslekle ilgili zoonotik enfeksiyonlardır. Zoonotik enfeksiyonlar açısından riskli meslekler ise çiftçiler, veterinerler, kümes besiciliği, kasaplar, balık satıcıları, mezbaha ve kesim işçileri, ormancılar, hayvan laboratuvarı çalışanları, kanalizasyon işçileri, dericiler, deniz aşırı gemi mürettebatlarıdır.

Veteriner ve tarım işçilerinde leptospirozis, Q humması, kuduz, şarbon, şistozomiazis; mezbahane işçilerinde trişinozis, Q humması streptokoküs suis, Nipah virüsü; orman işçilerinde ise Lyme hastalığı, kuduz gibi zoonotik enfeksiyonlar görülebilir (97).

### **Sağlık Çalışanlarını Etkileyen Mesleki Zoonotik Riskler**

Sağlık sektörü meslek hastalıkları açısından en riskli olan iş kollarından birisi durumundadır. Sağlık çalışanları birçok meslek hastalığına olduğu gibi zoonotik hastalıklara da maruz kalmaktadır (98,99). Günlük çalışma ortamında hastalardan bulaşabilecek birçok zoonoz veya etkeni açısından risk altındadırlar. Sağlık personelinin günlük faaliyetleri sırasında hastaların kan ve çeşitli vücut sıvılarıyla temas etme olasılığı yüksektir ve ölüme kadar götürebilen bu tür hastalıklar açısından yüksek risk altındadır (100,101).

Sağlık sektöründe biyolojik etmenler; kan ve kan ürünleri kaynaklı enfeksiyonlar (HIV, viral hemorajik ateş), solunum yolu ile geçen enfeksiyonlar (tüberküloz, SARS, brusella, kuş gribi), enfeksiyonluyla temas sonucu (iğne batması, deride çizik, sıyrık, yara, enfekte olmuş atıklar vb) çalışanlara zarar veren durumlar olarak sınıflanabilir (100).

Sağlık kuruluşlarında zoonotik enfeksiyonlara açık risk alanları ve potansiyel riskli faaliyetler: Klinik muayeneler, kan, vücut sıvıları veya diğer klinik örneklerin alınması, cerrahi müdahaleler, yaraların tedavisi, kan ve kan ürünleri toplayan merkezler, acil servis ve ambulans hizmetleri, agresif hasta taşıma, yoğun bakım üniteleri, diyaliz üniteleri, laboratuvarlar, patoloji, anatomi ve adli tıp bölümleri, hayvanlarla çalışma, ameliyathaneler, tehlikeli cihazlar ve aletler, enfeksiyon şüphesi olan kirlenmiş alanlarda kirlenmiş ekipman ve nesnelere çalışmak, temizlik, dezenfeksiyon olarak sayılabilir (98). Sağlık çalışanlarının zoonotik enfeksiyonlara maruziyetine örnek olarak, KKKA hastalığı verilebilir. Meslek grupları içinde hayvancılıkla uğraşanlardan sonra ikinci sırada sağlık personeli yer alır. Endemik bölgelerde hastanede çalışan sağlık çalışanları, özellikle ağız, burun, dişeti, vajina ve enjeksiyon yerinden kanaması olan KKKA hastalarının takibi sırasında ciddi risk altındadırlar. Sağlık çalışanlarında KKKA enfeksiyonu bulaşı ve ölümler, toplumdaki salgınlarla paralel olarak bildirilmektedir. Bulgaristan'da 1953 ve 1965 yılları arasında KKKA salgınından sonra %52 ölüm oranıyla 42 nazokomiyal olgu saptanmıştır. Bugüne kadar, Pakistan, Dubai, Irak, Güney Afrika, Arnavutluk, Moritanya, İran ve Türkiye'den sağlık çalışanları arasında mesleki KKKA enfeksiyonu bildirilmiştir. Enfekte kana maruz kalan sağlık çalışanlarının % 8,7'sinde ve iğne yaralanması olanların % 33'ünde hastalık gelişmektedir. Perkütan yaralanma en yüksek bulaştırıcılık oranına neden olur. Hastalığın bulaşmasında diğer önemli risk faktörleri,

gastrointestinal kanamanın önlenmeye çalışılması ve tanısı konulmamış hastaların acil serviste müdahalesi ve ameliyata alınmasıdır (102-104).

## **ZOONOTİK HASTALIKLARDAN KORUNMA**

Zoonozların yaygınlaşma potansiyeli ve beraberinde getirdikleri ekonomik, politik, psikolojik, ekolojik ve hatta ekostratejik sarsıcı, yıkıcı etkileri dikkate alınırsa bu hastalıkların ortaya çıkmalarını önlemek, olası zararlardan korunmak için yerel, ulusal hatta uluslar arası önlemler almak, yürürlükte olan önlem ve çalışma stratejilerini yeni gelişmelere adapte etmek, sağlık hizmetleri ile ilgili uluslararası mesleki kuruluşlarla bilimsel işbirliği yaparak koruyucu önlemlerin sürekliliğini ve etkinliğini sağlamak 21. yüzyılın zorunlulukları arasında görülmelidir. Özellikle de YZH giderek artan oranda insan yaşamını tehdit eden bir durum olarak algılanmalıdır. Sağlık sistemlerine yön veren yöneticiler, yasa yapıcılar, küreselleşmeyi bir de bilimsel gözle değerlendirmeli, zoonotik hastalıkların tetikleyicileri arasında yer alan insan kaynaklı sorunları düzeltmelidirler. Günümüzde tüm ülkelerde halk sağlığı ve veteriner halk sağlığı ile ilgili, koruyucu hekimlik hizmetlerinin nitelik ve adil dağılımına öncelik verilmeli, yeterlilikleri çağımıza uygun olarak geliştirilmelidir. Eğer toplumların, toplum sağlığı gereksinimleri çağdaş ölçekte desteklenmez ve geliştirilmez ise BSE, SARS, KKKA, kuş gribi, domuz gribi ve sıradaki Yeni ortaya çıkan zoonotik hastalık tehditleri devam edecektir. Dolayısıyla, enfeksiyonlar konusunda geleceği görebilmek için geçmişteki olguları iyi incelemek, deneyimleri doğru değerlendirmek, disiplinlerarası yeni bilimsel ve teknik işbirliklilikleri yapmak zorunluluğu kaçınılmaz olmuştur. Besicilikte hayvan yemlerine anabolizan etkili antibiyotiklerin katılması, hem hayvanlarda, hem de insanlarda yeni yeni antibiyotiklere dirençli bakteriyel suşların ortaya çıkmasına neden olmuştur. Günümüzde antibiyotiklere karşı bakterilerin çoklu direnç kazanması, ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak ciddiyetini korumaktadır (55).

Oldukça geniş bir spektruma sahip olan zoonotik hastalıklardan korunmanın yolları her bir etkene, her bir bireye ve meslek grubuna göre değişiklik gösterebileceği gibi genel olarak alınabilecek önlemler şunlardır (105) :

- ❖ Süt ve süt ürünlerinin pastörizasyonu
- ❖ Sütün kaynatılarak tüketilmesi
- ❖ Etlerin iyice pişirilerek tüketilmesi
- ❖ Besinlerin depolama koşullarına dikkat edilmesi
- ❖ Çapraz kontaminasyondan kaçınılması
- ❖ Genel hijyen kurallarına uyulması

- ❖ Kişisel koruyucu malzemelerin kullanımı
- ❖ Hayvan sağlığının korunması ve hastalıklarının tedavisi

Sağlık çalışanları için önerilen koruyucu önlemler; izolasyon, eldiven, uzun önlük, maske ve gözlük kullanma gibi bariyer önlemleri mutlaka kullanılmalıdır. Basit bariyer önlemlerinin zoonotik hastalıklardan korunmada efektif olduğu bildirilmiştir (1,2, 106).

Brusella, Şarbon, Tularemi gibi bazı zoonotik hastalıklara maruz kalan mesleki gruplar ve bu meslek sahiplerinin bakteriyel ve viral enfeksiyon ajanlarına karşı korunma yolları Tablo 4'te verilmiştir (107).

**Tablo 4. Bazı Zoonotik Mesleksel Bakteriyel ve Viral Enfeksiyon Ajanlarından Korunma Yolları (107)**

Riskli Meslekler	Mesleki Kaynak	Hastalık	Ajan	Korunma Yolları
Dokumacılar, kasaplar, veterinerler, tarım çalışanları	Alınan yündeki sporlar, keçi yünü ve postlar	Şarbon	<i>Bacillus Anthracis</i>	Bağışıklama
Paketleme ve kesimhane çalışanlar, çiftlik hayvanı üreticileri, veterinerler ve avcılar	Kan, idrar, vaginal salgılar, süt, sığır, domuz, koyun vb dokuları	Bruselloz	<i>Brucella Abortus, B. suis, B. melitensis, B. Canis</i>	Kişisel hijyen, enfekte hayvanların serolojik olarak tanımlanması
Balıkçılar, kümes hayvancılığı çalışanları, veterinerler	Balık, kabuklu deniz ürünleri, et ve kümes hayvanları	Erizipeloid	<i>Erysipelothrix Rhusiopathiae (insidiososa)</i>	Kişisel hijyen, eldivenler
Tarımda alanda çalışanlar, kesimhane çalışanları, çiftçiler, kanalizasyon çalışanları, veterinerler, madenciler, balıkçılar	Evcil ya da yabani hayvanların idrarı ya da dokuları veya kemirgen dışkısı, kontamine su	Leptospiroz	<i>Leptospira interrogans</i>	Kişisel hijyen, botlar, eldivenler, hayvan aşılması, kontamine su gereçlerinin saptanması, doksisisiklin profilaksisi
Avcılar, tuzak kuranlar	Enfekte yarasaların pireleri, sincaplar, çayır köpekleri	Veba	<i>Yersinia Pestis</i>	Bağışıklama
Avcılar, orman işçileri, çiftçiler, veterinerler	Enfekte hayvanlar ya da antropodların kan, doku, salgıları ya da ısırıklarıyla	Tularemi	<i>Francisella Tularensis</i>	Kişisel hijyen, eldivenler, bağışıklama ve böcek kontrolü
Kümes hayvancılığı, yapanlar veterinerler, hayvan laboratuvarları çalışanları	Kümes hayvanları	Newcastle hastalığı	Paramiksovirus	Kişisel hijyen
Laboratuvar çalışanları, veterinerler, tuzak kuranlar, avcılar, yaban hayatı veya tanımlanmamış hayvanlar ile çalışan kişiler	Yaban hayvanları (kurt, rakun, yaras, kocarca) ender olarak evcil hayvanlar	Kuduz	Kuduz virüsü	İnsan temasında aşılama ve belirli hayvan türlerinde aşılama (kedi, köpek)

Zoonotik Hastalıklardan korunmayı, ABD’de CDC’nin Veteriner Halk Sağlığı bölümünde uzun yıllar çalışmış Veteriner Hekim Dr. Steele, 60 yıllık mesleki deneyimi ile şöyle özetliyor; “İyi hayvan sağlığına sahip olmadıkça, iyi halk sağlığına sahip olamazsınız ve iyi insan sağlığına sahip olmadıkça, iyi hayvan sağlığına sahip olamazsınız.” (55).

Zoonotik hastalıklardan korunmada, çevrenin insan ve hayvan sağlığı üzerindeki etkisini üç yolla kontrol edilebileceği görülmektedir (108):

1. Çevre zararlılarına karşı konak direncinin artırılması (hijyen, beslenme, bağışıklama, antibiyotikler, fizyolojik faktörler, genetik değişiklikler ve egzersiz)

2. Çevresel sağlığı geliştirmek (sanitasyon, hava, su, yiyecek, enfeksiyöz ajanlar, vektörler ve hayvansal rezervuarların kontrolü)

3. Halk sağlığı sistemlerini geliştirerek yukarıdaki iki maddenin etkinliğini arttırmak (etkinlik, kaynak, eğitim, verimlilik, kapsayıcılık ve yasal destek)

Yaşam koşullarındaki ufak değişiklikler bile zoonotik enfeksiyonların oluşumunda ve yayılışında çok belirgin olmaktadır (109).

### **TEK TIP, TEK SAĞLIK, TEK DÜNYA YAKLAŞIMI**

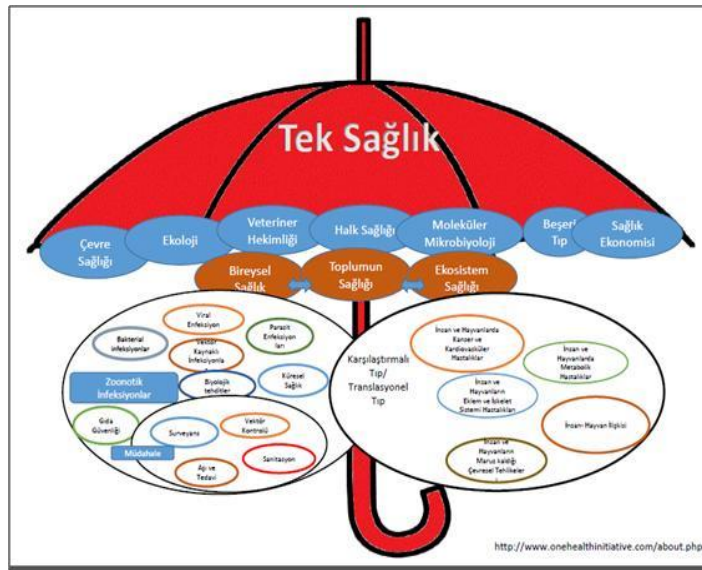
Tek tıp-tek sağlık yaklaşımının tarihsel gelişimi irdelendiğinde; modern patolojinin babası kabul edilen Alman patolog Dr.Virchow’un (1821-1902) domuz kas dokusunda *Trichinella spiralis*’in yaşam siklusu ve zoonotik önemi ile sığırlarda sistiserkoz ve tüberküloz üzerine deneysel çalışmalar yürüttüğü ve 1849 yılında hayvanlardan insanlara geçen hastalıklar için zoonozis tanımını kullandığı görülmektedir. Yine modern tıbbın ve veteriner patolojinin öncü isimlerinden Kanadalı Doktor Osler’de (1849-1919), Dr. Virchow ile birlikte Berlin’de bu konular üzerine beraber çalışmışlar, tıp ve veteriner hekimliği arasında çok yakın ilişki olduğunu ortaya koymuşlardır. Dr. Virchow’ un çalışmalarının etkisi ve veteriner hekimliğe olan desteği sonucu önce Avrupa’da daha sonra ABD’de veteriner hekimler tarafından düzenli et muayenesi uygulaması başlamıştır. Veteriner epidemiyolojinin öncüsü olarak kabul edilen, Veteriner Hekimliği ve Halk Sağlığı (Veterinary Medicine and Human Health) adlı eserin yazarı ve tek sağlık konseptini modern anlamda formüle eden Amerikan veteriner epidemiyolog ve parazitolog Dr.Schwabe (1927–2006), 1960’larda tek tıp yaklaşımını, zoonotik hastalıklara karşı mücadelede doktor ve veteriner hekimlerin işbirliği olarak tanımlamıştır (7,55).

Zoonoz hastalıkların yayılma potansiyeli, toplumlar üzerinde bırakmış oldukları zararlı etkileriyle küreselleşme özelliği taşıyan YZH mikroorganizmaları hakkında çok şey söylenebilir. Başlangıçta dünyada “Tek Dünya, Tek Sağlık, Tek Hekimlik ” adıyla gündeme gelen ve şimdilerde “Tek Sağlık” olarak bilinen ortak sağlık düşüncesi ABD’de, Amerikan

Veteriner Hekimler Birliği ve Amerikan Hekimler Birliği'nce Haziran 2007'de; Avrupa Birliği ülkelerinde, Avrupa Veteriner Hekimler Federasyonunca 3 Ekim 2008'de resmen kabul edilmiştir. Türkiye'de ise 25 Nisan 2009 tarihinde, Türk Veteriner Hekimleri Birliği ve TTB'nin ortaklaşa yayınlamış oldukları ortak bildirme ile katılım resmen kabul edilmiştir. Bu "Tek Sağlık" ortak girişimi ve hizmet anlayışı son 3-4 yılda gerek dünya tıp topluluk ve dernekleri, gerekse Dünya Veteriner Hekimler Birliği'nce ve üye ülkelerin ilgili kurum, kuruluş ve derneklerince çok yoğun ilgi gormekte ve desteklenmektedir. Dünyada "Tek Sağlık İnişiyatifi" veya "Tek Sağlık Girişimi" olarak etkinliklerini sürdüren bu ortak akıl hareketinin temel amacı; insan, hayvan ve çevre sağlığı ile ilgili dayanışmayı sağlamak; başta YZH olmak üzere sağlığın diğer alanlarında insan hekimliği ve veteriner hekimlik arasında işbirliğini artırmak ve sağlık sorunlarına ulusal ve küresel ölçekte ortak çözüm üretmektir (55).

Tek Sağlık Yaklaşımı yerel, ulusal ve evrensel anlamda insanların, hayvanların ve çevrenin tam sağlığa ulaştırılması için farklı disiplinlerin birlikte çalışması ve işbirliğini ifade eder. Nüfus artışı sonucu artan ihtiyaçlar, şehirleşmenin getirdiği sorunlar, hayvansal kaynaklı gıdalara olan ihtiyaçın giderek artması ve bunların getirdiği sorunlar, uluslar arası ulaşımın kolaylığı, teknoloji ve endüstriyel gelişmenin getirdiği sonuçlar, insan ve hayvanların mikrobiyal direnç ve adaptasyonlarının değişmesi, iklim değişiklikleri ve bunun getirdiği olumsuzluklar, ekosistem ve yaban hayata olan insan müdahalesi gibi sorunlar tek sağlık yaklaşımı ihtiyacının doğmasına neden olmaktadır.

şekil 5'te Tek Sağlık Yaklaşımı şemsiyesi altındaki bileşenler ayrıntılı gösterilmiştir.



**şekil 5. Tek Sağlık Yaklaşımının Bileşenleri (110)**

şekil 5'te de görüldüğü üzere, Tek Sağlık, küresel sağlığı geliştirmek adına, veteriner hekimliği ve insan hekimliği arasında bütünleyici bir yaklaşımdır (111).

DSÖ'nün zoonotik hastalıklarla mücadelede önerdiği stratejiler; Öncelikli zoonotik hastalıkların kontrolü ve önlenmesi için politikalar, yaklaşımlar ve sürdürülebilir programlar tanımlamaktır. Aynı zamanda ulusal ve uluslararası düzeyde zoonotik hastalıkların halk sağlığı risklerine yönelik erken uyarı, araştırma, risk değerlendirme ve hızlı yanıt verme kapasitesini güçlendirmek, zoonotik hastalıkların insan sağlığı risklerinin belirlenmesi, önlenmesi, değerlendirilmesi ve yönetimi ile ilgili programlı çalışmayı destekleyecek araçları ve mekanizmaları geliştirmek de öneriler arasındadır (110).

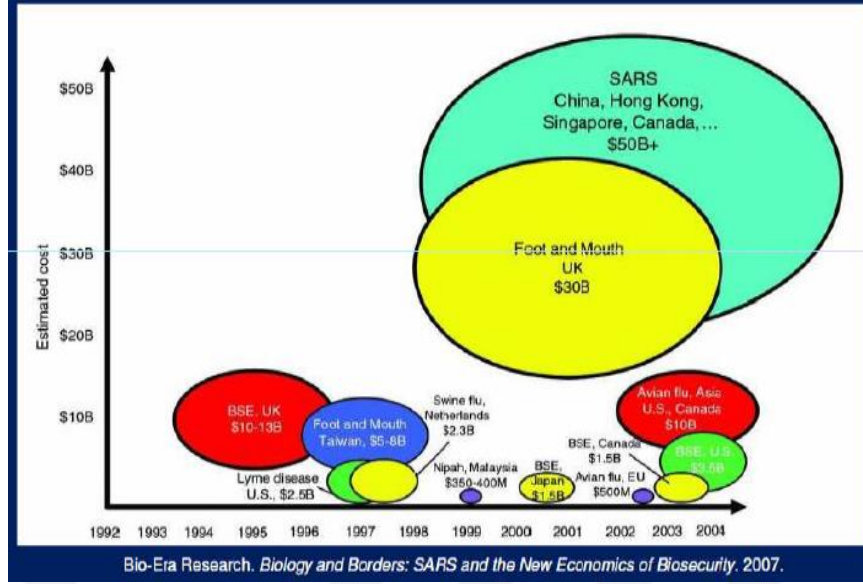
Sağlık Bakanlığı'nda zoonotik hastalıklar 1996 yılına kadar Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklar Kontrolü Daire Başkanlığı'nın Zoonotik Hastalıklar Şube Müdürlüğü tarafından yürütülürken, 1996 yılında Veteriner Halk Sağlığı Dairesi kurularak takip etmiştir. Veteriner Halk Sağlığı Dairesi, 1999 yılında kapatılarak Zoonoz Hastalıklar Şube Müdürlüğü olarak yeniden Bulaşıcı ve Salgın Hastalıklar Kontrolü Daire Başkanlığına bağlanmış, 2009 yılında Zoonotik Hastalıklar Daire Başkanlığı kurularak çalışmalarını sürdürmüştür. 11.10.2011 tarih ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu bünyesinde Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Daire Başkanlığı adı altında faaliyet gösterirken, yine Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Daire Başkanlığı adıyla, 25.08.2017 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanan 694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü çatısı altında hizmetlerini sürdürmektedir (110,117). Tek sağlık yaklaşımı çerçevesinde zoonotik hastalıklarla mücadelede Sağlık Bakanlığı yaptığı programlarla; Zoonotik, vektörel ve paraziter hastalıklardan korunulmasını, bu hastalıkların sürveyansının ve epidemiyolojik çalışmaların yapılmasını, hastalıkların görülmesi halinde durumun araştırılmasını ve ihtiyaç duyulan teşhis ve tedavi hizmetlerinin karşılanmasını, ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliğinin sağlanarak yeni vakaların, salgınların ortaya çıkmasının önlenmesini amaçlamaktadır (110).

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Daire Başkanlığı, tek sağlık konseptinde yürütülen ve geliştirilmesi gereken çalışmaları; Kuduz Kontrol Programı, KKKA Mücadele çalışmaları, Şarbon Olay Yönetimi, Sağlık Tehditleri Erken Uyarı ve Cevap Sistemi, Hıfzıssıhha Kurullarının aktive edilmesi olarak sıralamıştır (110). Zoonozlarla mücadelede yürütülmesi hedeflenen diğer çalışmalar, Sağlık Güvenliği Çalışmaları, Saha epidemiyolojisi çalışmaları, Kistik Ekinokokkozis Kontrol Programı, Bruselloz Kontrol Programı, yeni ve yeniden önem kazanan hastalıkların kontrolü olarak belirtilmiştir (110).



## ZOONOTİK HASTALIKLARDAN KAYNAKLANAN EKONOMİK KRİZLER VE MEDYA YÖNETİMİNİN ÖNEMİ

Son zamanlarda hayvanlardan insanlara geçen BSE, KKKA, SARS, kuş gribi, hantavirüs ve domuz gribi gibi yeni ortaya çıkan zoonotik hastalıklar insan hayatı üzerinde ciddi etkiler bırakmaktadır. Ülkenin herhangi bir bölgesinde hastalık görüldüğünde ve kitle iletişim araçları ile toplumsal etkilenme süreci başlayınca, iş hayatında işgücü kaybı, eğitim-öğretimde aksamalar, turizm ve otelcilik sektöründe rezervasyon iptalleri, salgınlar sırasında önlemler için harcanan para vb düşünülürse hastalıkların sosyal-psikolojik, çevrebilimsel ve ekopolitik zararlı etkileri endişe düzeyde olmaktadır. Bu hastalıkların kamu bütçelerine mali yükleri çok yüksek olmaktadır. İngiltere’de 1996’da BSE hastalığı görülünce maliyeti yaklaşık 6 milyar dolar olmuş, 2001 yılında şap salgınında 8 milyar dolar harcanmıştır. SARS salgınının 2003’de Asya ülkelerine maliyetinin 10 milyar doların üstünde olduğu bilinmektedir. Türkiye’de Ekim 2005 ve Ocak 2006’da kuş gribi salgını ortaya çıktığı dönemde tavuk sektörü ve yan sanayisinin yaşadıkları, ekonomik kayıplar ve toplum üzerindeki sosyopsikolojik etkileri ülkemizde zoonotik hastalıklardan kaynaklanan ekonomik krizlere örnek gösterilebilir. Tarih boyunca salgın hastalıklar, günümüzde YZH sadece hastalandığı insanlar veya hayvanlarla yetinmiyor, aynı zamanda çok önemli ekonomik kayıplara, yasal tazminatlar yoluyla da kamu bütçelerine ciddi yüklerle sebep olmaktadır. Bu zararlar ve kayıplardan kurtulmanın en iyi yolu yeni ve etkili koruma, biyogüvenlik önlemlerini yasalar çerçevesinde eksiksiz uygulamaktır. Ayrıca, uluslararası sağlık kuruluşlarının (DSÖ vb) hazırlamış oldukları kılavuz ve el kitaplarından yararlanarak, ulusal ölçekli mücadele yöntemleri gözden geçirilmeli, güncellemeler yapılmalıdır (55). Dünyada bazı ülkelerde yeni ortaya çıkan enfeksiyonların maliyetleri sağlık ekonomistlerinin çeşitli hesaplamalar yapmalarına sebep olmuştur. Bazı YZH’ların maliyetini gösteren durum Şekil 6’da sunulmuştur (32).



**Şekil 6. Bazı Ülkelerde Yeni Çıkan Enfeksiyonların Maliyetleri (32)**

Zoonotik hastalıkların hayvanlardaki ekonomik kaybı; yavru kaybı, süt veriminde azalma, kısırılık, hayvan ve hayvansal ürünlerin ticaretine engel, kırsal kesimde hayvan yetiştiricilerinin sosyo-ekonomik gelişmesinin engellenmesi yönüyle ortaya çıkar. İnsanlarda ise; fiziksel hastalık hali, iş gücü kaybı, tedavi giderleri yönüyle ekonomik kayıplara sebep olur (32).

## ÜLKEMİZDE BİLDİRİM SİSTEMİ

Dünyada ilk zamanlardan günümüze kadar bulaşıcı hastalıklar, sık ve yaygın görülmesi, ölümlere, başka hastalıklara ya da sakatlıklara yol açması, işgücü ve maddi kayıplara sebep olması dolayısıyla her zaman ülkelerin öncelikleri arasında yer almış ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele, koruma ve kontrol önlemlerinin alınması için çalışmalar yapılmıştır. Turizm gibi gerek ülke içinde, gerekse ülkelerarası seyahatlerin artmasıyla, bulaşıcı hastalıkların ilk ortaya çıktığı bölge ile sınırlı kalmayıp kolaylıkla ve hızlı bir şekilde yayıldığı dikkate alındığında, bulaşıcı hastalıklara karşı koruma ve kontrol önlemlerinin alınması zorunlu hale gelmiştir (112).

Ülkemizde, bulaşıcı hastalıkların mortalitesi ve morbiditesinin azaltılması amacı ile oluşturulan bulaşıcı hastalıkların sürveyansı sistemi kapsamında, sağlık politikalarının belirlenmesi, hastalıklara ait kontrol programlarının oluşturulması, programların izlenmesi amacı ile kullanılan temel veri kaynaklarının en önemlilerinden biri bulaşıcı hastalıkların ihbarı ve bildiriminden gelen verilerdir (112).

Sağlık Bakanlığı, 2004/129 sayılı Genelgesi ile “Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Yönergesini”, “Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberi” ni yayınlamıştır. Bu genelge ile 51 hastalık için bildirim zorunluluğu gelmiş, vaka tanımları, standart tanı kriterleri ve sürveyans usülleri tarif edilmiştir (115). Daha sonraki süreçte, 30.05.2007 tarihli ve 26537 sayılı Resmi Gazete’de Sağlık Bakanlığı tarafından Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği yayımlanmıştır. 02.04.2011 tarihli ve 27891 sayılı Resmi Gazete’de, mevcut yönetmelikte yer alan ve hastalıkların bildirimlerinde kullanılan standart vaka tanımlarında güncellemeler yapılmıştır (112,115). Hali hazırda geçerli olan Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Genelgesi, 23.10.2015 tarihinde güncellenmiş, 74 hastalık ve etkenine dönük hazırlanmıştır. Bu Genelge ile Türkiye’deki bildirim sisteminin genel ilke ve kuralları şöylece ifade edilmiştir (112):

Bulaşıcı Hastalıkların halk sağlığı açısından tehdit oluşturma özellikleri olması ve bu tehditlerin erkenden saptanarak gerekli koruma ve kontrol önlemlerinin alınabilmesi amacı ile hastalık ihbar ve bildirimlerinin tanı koyan tüm hekimler tarafından yapılması gerekmektedir.

Bildirimi zorunlu bir bulaşıcı hastalığın ihbarı ve bildiriminden sağlık hizmeti veren bütün kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek ve tüzel kişiler sorumludur.

Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık tanısı koyan her hekim tarafından bulaşıcı hastalık bildirimi, sağlık kurum ve kuruluşlarında kullanılan hastane bilgi yönetim sistemi ve aile hekimliği bilgi sistemi gibi yazılım programları ile ekrana gelen “Form 014 Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Bildirim Formu” (EK:1) ile yapılacaktır.

Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberinde belirtilen hastalıklar için, hastalığın etkeninin, kaynağının tespit edilmesi ve yayılımının engellenmesi amacı ile filyasyon çalışmaları yapılmalıdır.

Bir sürveyans sisteminin işleminde “veri toplama” bu mekanizmanın belkemiğini oluşturduğuna göre; değişik kaynaklardan gelen verilerin karşılaştırılabilir olması gerekmektedir. Bunu sağlamanın yolu ise verinin elde edilmesi ve ilgili kurumlara iletilmesinde gereksinim duyulan standartların konması ve kullanılmasıdır. Ülkemizde geliştirilen bildirim sistemi, standart vaka tanımlarını temel almıştır. Enfeksiyon hastalıkları bildirim sisteminin klinik gözleme dayalı değil, daha çok laboratuvar ortamında elde edilmiş somut bulgulara dayalı olması istenmektedir. Bu gelişme önceki bildirim sisteminin aksine, laboratuvarın da enfeksiyon tanısında geçerli standart tekniklere göre inceleme yapmak şartıyla, bildirim sistemine dolaylı (A,B ve C grubu hastalıklar) ve doğrudan (D grubu hastalık etkenleri) dahil olmasını sağlayacaktır (108).

İhbar ve bildirim sistemi kapsamında bulaşıcı hastalıklar ve etkenler A,B, C, D grubu olmak üzere dört grup halinde takip edilmektedir (112) (EK:2).

*A Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar*; ülke genelinde hizmet veren tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan hekimler tarafından bildirim yapılacak hastalıkları kapsar (EK:3). *B Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar*; uluslararası bildirim zorunlu olan hastalıkları ve durumları kapsar. Ülke genelinde hizmet veren tüm sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan hekimler tarafından bildirim yapılacak hastalıkları kapsar. Tek vaka görülmesi durumunda dahi ivedilikle en hızlı iletişim araçları kullanılarak, direkt olarak Müdürlüğe İhbar edilecektir (EK:4). *C Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar*; yataklı tedavi kurumları tarafından bildirim yapılacak hastalıkları kapsar (EK:5). *D Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıklar*; tanı koyma kapasitesine sahip veya sentinel laboratuvarlar tarafından tespit edilen etkenleri kapsar (EK:6). Laboratuvarlardan enfeksiyöz etkenin bildirim, Form 014 D “Grup D Enfeksiyon Etkenleri Bildirim Fişi” ile (EK:7) günlük olarak yapılacaktır. B grubunda yer alan hastalıkların dışındaki herhangi bir bulaşıcı hastalık ya da durumun halk sağlığı tehdidi oluşturma riski ve uluslararası öneme haiz halk sağlığı acil durumları, Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği ekinde yer alan “Uluslararası Halk Sağlığı Acil Durumları Belirlemede Kullanılan Karar Aracı” (EK:8) kullanılarak değerlendirilecektir. Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberinde belirlenen ihbarı gereken hastalıklar tespit edildiğinde, derhal bütün sağlık kurum ve kuruluşları tarafından, en hızlı şekilde telefon, faks gibi iletişim araçları ile derhal ihbarı yapılacaktır (112).

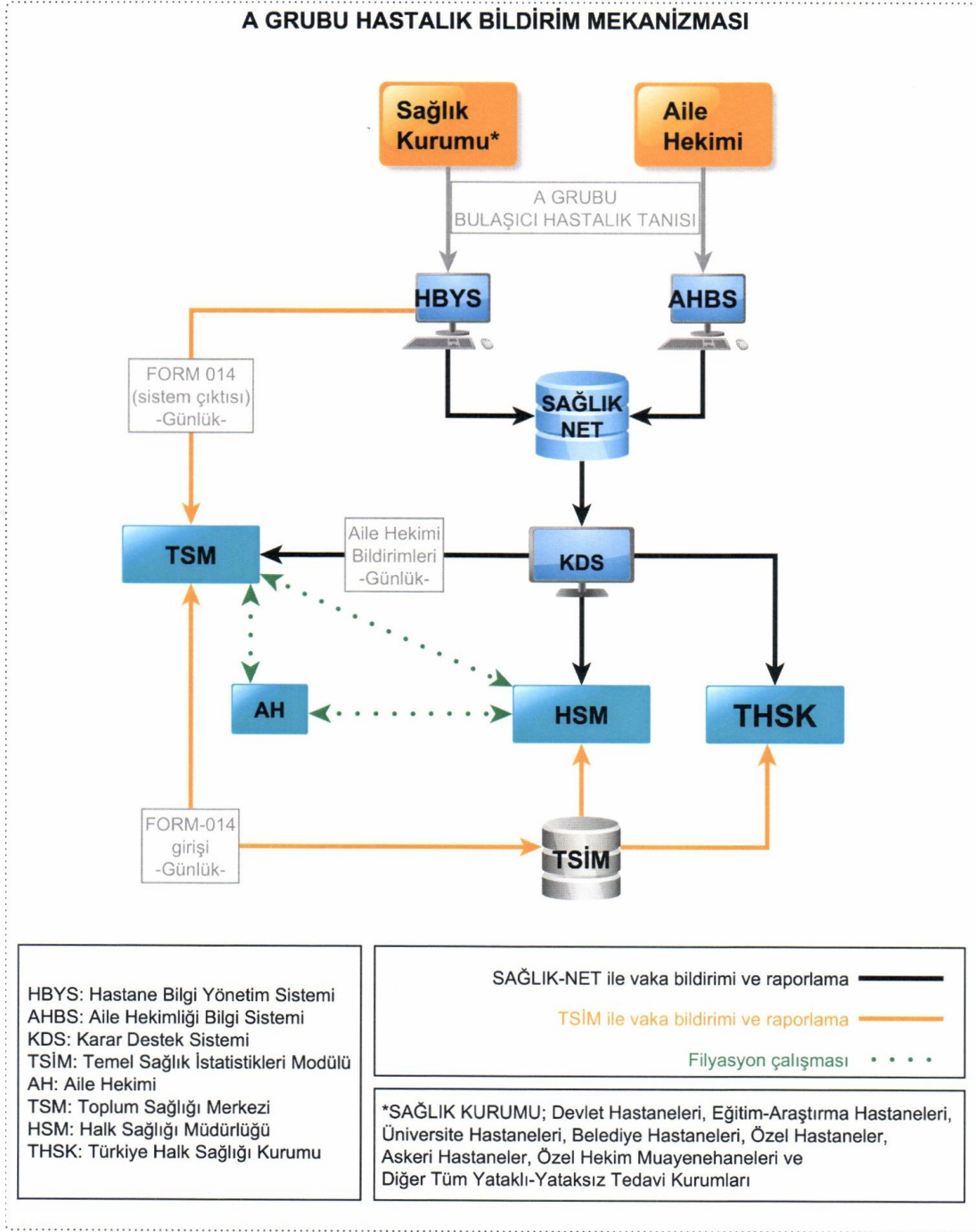
Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar bütün sağlık kuruluşlarından toplanmakta ve nüfus tabanlı bir değerlendirme sistemi içinde incelenmektedir. Hastalık teşhisleri klinik veya laboratuvar destekli olarak konmaktadır (113). Bildirimi zorunlu olan bir bulaşıcı hastalığın ihbarı ve bildiriminden Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği usul ve esaslar çerçevesinde sağlık hizmeti veren bütün kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek kişiler ve özel kuruluşlar sorumludur (11). Bildirim yapılacak hastalık ve etkenler ile bildirim nasıl yapılacağını gösteren akış şemaları aşağıda yer almaktadır (112).

## **GRUP A HASTALIKLAR**

Birinci basamaktan itibaren sağlık sisteminde yer alan tüm kurumlardan bilgi toplanmasını gerektiren hastalıklardır. Bu hastalıkların önemli bir kısmı için hastanın ilk başvuru noktası birinci basamaktır. Birinci basamakta hekim, standart vaka tanımına göre hastaya tanı koyabildiği ölçüde bildirimini yapar. Tanı olanaklarının kısıtlı olduğu durumlarda

ise hastayı bir üst basamağa gönderir veya hasta direkt olarak ikinci basamak bir sağlık kurumuna başvurur. Her iki durumda da ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumları, bir yandan tanı koyup tedaviye başlarken, diğer yandan da hastaya ait bilgileri, Form 014 Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Bildirim Formu (EK:1) ile günlük olarak ilgili Toplum Sağlığı Merkezi'ne iletmekle yükümlüdürler. Amaç hasta ile aynı çevrede yaşayanlar arasında benzer vakalar olup olmadığının ya da hastalığın kaynağının fiyasyon araştırılmasının yapılmasını sağlamaktır (10, 108,112, 114). A Grubu hastalıkların listesi güncel haliyle aşağıda yer almaktadır. A grubu hastalıkların bildirim mekanizması Şekil 7'de gösterilmiştir.

- ❖ Akut Gastroenterit Enfeksiyonu
- ❖ Boğmaca
- ❖ Botulismus
- ❖ Bruselloz
- ❖ Difteri
- ❖ Gonore
- ❖ HIV Enfeksiyonu
- ❖ Kabakulak
- ❖ Kızamık
- ❖ Kızamıkçık
- ❖ Kolera
- ❖ Kuduz
- ❖ Kuduz Riskli Temas
- ❖ Meningoikoksik Hast.
- ❖ Neonatal Tetanoz
- ❖ Sarı Humma
- ❖ Sifiliz
- ❖ Sıtma
- ❖ Suçiçeği
- ❖ Şarbon
- ❖ Şark Çıbanı
- ❖ Tetanoz
- ❖ Tifo
- ❖ Tüberküloz
- ❖ Akut Viral Hepatitler (Hepatit A, Hepatit B, Hepatit C, Hepatit D, Hepatit E)



**Şekil 7. Sağlık Bakanlığı Bildirim Sistemine göre bildirim zorunlu A grubu hastalıklar (112)\***

(\*Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluş olan “Türkiye Halk Sağlığı Kurumu”, 11.10.2011 tarihli 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile kurulmuş, 25.08.2017 tarihinde Resmi Gazetede yayımlanan 694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile “Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü” olarak yeniden yapılandırılmıştır. 694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 203. Maddesinde; 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 26 ncı, 29 uncu, 30 uncu, 31 inci, 32 nci, 33 üncü ve 34 üncü maddeleri ile 58 inci maddesinin dördüncü fıkrasında yer alan “Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu” ibaresi, yürürlükten kaldırıldığı, diğer mevzuatta Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumuna yapılmış olan atıfların Sağlık Bakanlığına yapılmış sayılacağı belirtilmiştir. Bildirim sistemi ile ilgili mevzuat güncellenene dek, tezin teslim edildiği tarihte mevcut mevzuatlar halen yürürlüktedir.)

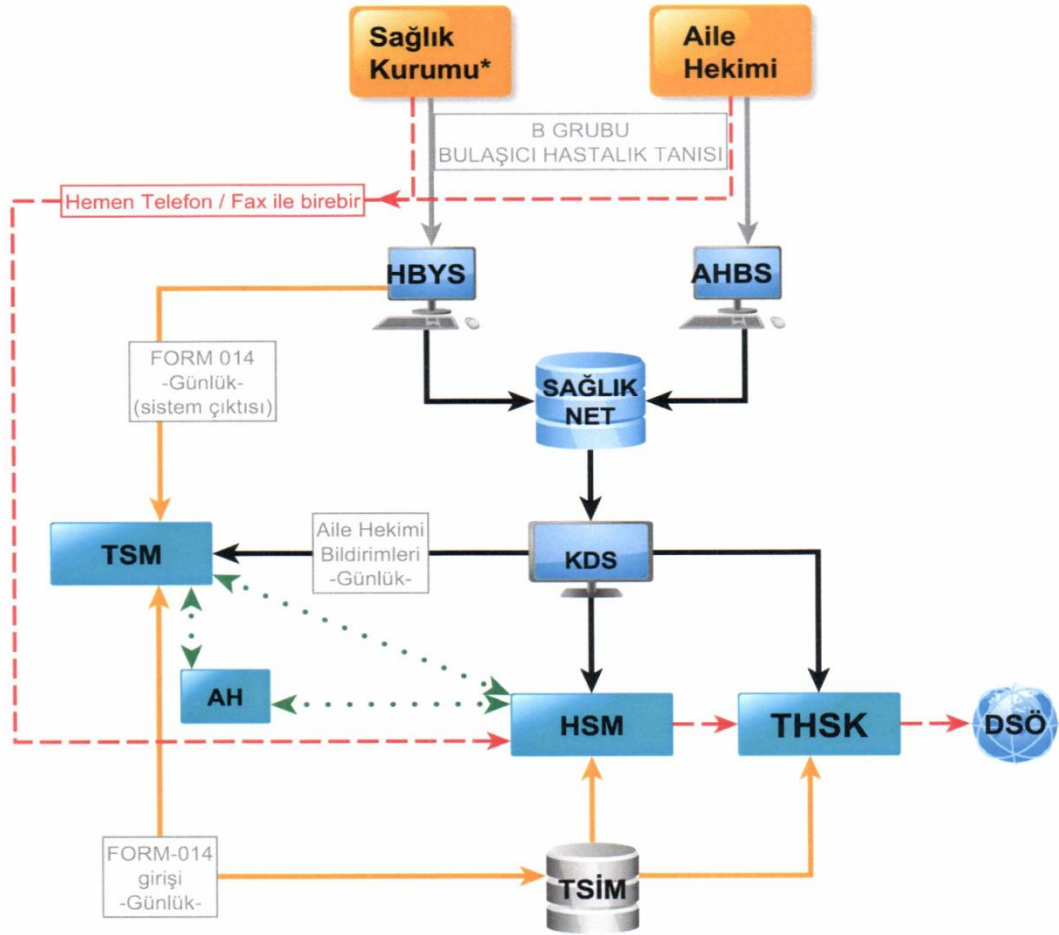
Şekil 7'ye göre aile hekimleri Sağlık Net'e direkt veri gönderirken, diğer tüm sağlık kurumları Sağlık-Net'e verilerini göndermenin yanı sıra günlük olarak Form 014'lerini Toplum Sağlığı Merkezi'ne ileteceklerdir.

## **GRUP B HASTALIKLAR**

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1969 tarihli Uluslararası Sağlık Düzenlemeleri olmak üzere çeşitli kararlar uyarınca, şüphe duyulduğu anda ihbarı zorunlu olan hastalıklara yer verilmiştir. B grubu hastalıkların dünyanın bazı bölgelerinde halen var olmaları, yayılma eğilimleri ve yüksek mortaliteleri, uluslararası önlemlerin sürdürülmesinin başlıca gerekçelerini oluşturur. Bu hastalıklardan olası bir vaka ile karşılaşan, Uluslararası Halk Sağlığı Acil Durumları Belirlemede Kullanılan Karar Aracına (Ek 8) göre, hastalıkların dışındaki herhangi bir bulaşıcı hastalık ya da durumun halk sağlığı tehdidi oluşturma riski ve uluslararası önemesahip halk sağlığı acil durumları tespit edildiğinde, hangi basamak sağlık kurumu olursa olsun, doğrudan ve en hızlı araçla Sağlık Bakanlığı'na bildirmekle yükümlüdür. Uluslararası düzeyde ise, bu hastalıkların bildirilmesi yalnızca Bakanlığın yetkisindedir (10,108,112). B Grubu hastalıkların listesi aşağıda yer almaktadır. B grubu hastalıkların bildirim mekanizması Şekil 8'de gösterilmiştir.

- ❖ Çiçek
- ❖ Akut Solunum Yetmezliği Sendromu (SARS)
- ❖ Poliomyelit
- ❖ Yeni Bir Alt Tipte İnsan Gribi (Human İnfluenza)
- ❖ Karar Aracına Göre Değerlendirilen Durum

## B GRUBU HASTALIK BİLDİRİM MEKANİZMASI



Şekil 8. Sağlık Bakanlığı Bildirim Sistemine göre bildirim zorunlu B grubu hastalıklar

(112)\*

(\*Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluş olan "Türkiye Halk Sağlığı Kurumu", 11.10.2011 tarihli 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile kurulmuş, 25.08.2017 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanan 694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile "Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü" olarak yeniden yapılandırılmıştır. 694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 203. Maddesinde; 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 26 ncı, 29 uncu, 30 uncu, 31 inci, 32 nci, 33 üncü ve 34 üncü maddeleri ile 58 inci maddesinin dördüncü fıkrasında yer alan "Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu" ibaresi, yürürlükten kaldırıldığı, diğer mevzuatta Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumuna yapılmış olan atıfların Sağlık Bakanlığına yapılmış sayılacağı belirtilmiştir. Bildirim sistemi ile ilgili mevzuat güncellenene dek, tezin teslim edildiği tarihte mevcut mevzuatlar halen yürürlüktedir.)

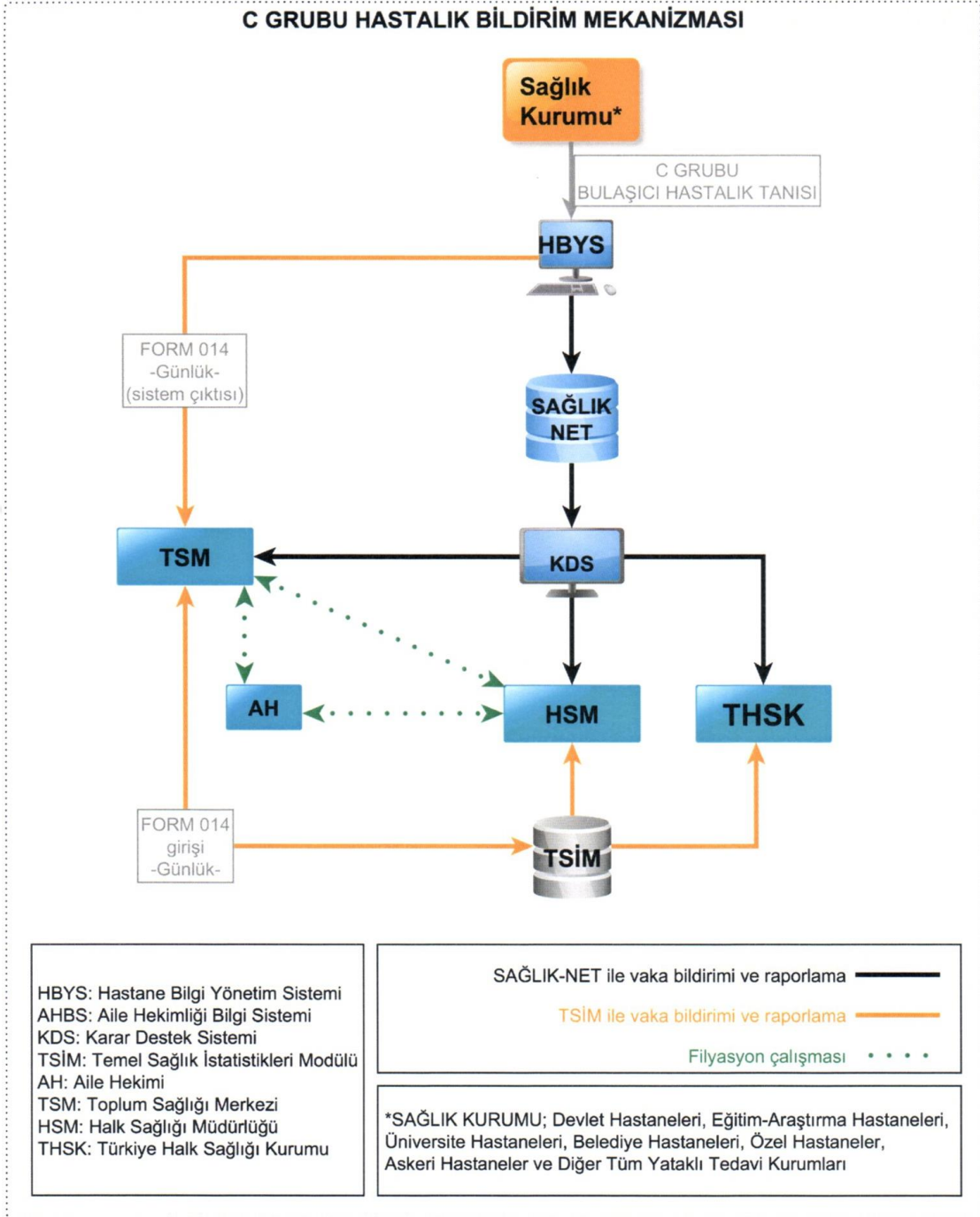


Şekil 8'e göre B Grubu Bildirimi Zorunlu Bulaşıcı Hastalıkların DSÖ'ye bildirimini Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından direkt yapılacaktır.

### **GRUP C HASTALIKLAR**

Önemli bir kısmı bildirim sistemine yeni eklenen hastalıklardır. Birinci basamaktan bildirim istenmemektedir. C Grubu hastalıkların listesi aşağıda yer almaktadır. C grubu hastalıkların bildirim mekanizması Şekil 9'da gösterilmiştir.

- ❖ AIDS
- ❖ Avian İnfluenza (H5N1)
- ❖ Batı Nil Virüs Enfeksiyonu
- ❖ Chikungunya Ateşi
- ❖ Ekinokokkoz
- ❖ Epidemik Tifüs
- ❖ Hanta Virüs Enfeksiyonu
- ❖ H.İnfluenza Tip b (Hib) Enfeksiyonu
- ❖ İnfluenza (Grip Benzeri Hastalık)
- ❖ Kala-Azar
- ❖ Kene Kaynaklı Ensefalit (Tick Borne Enfeksiyonu)
- ❖ Kırım Kongo Kanamalı Ateşi
- ❖ Konjenital Rubella
- ❖ Lyme Hastalığı
- ❖ Lejyoner Hastalığı
- ❖ Lepra
- ❖ Leptospiroz
- ❖ İnvaziv Pnömonokokal Hastalık (Streptococcus Pneumonia)
- ❖ SSPE
- ❖ Şistozomiyaz
- ❖ Toksoplazmoz
- ❖ Trahom
- ❖ Tularemi
- ❖ Varyant Creutzfeldt-Jakop Hastalığı
- ❖ Veba
- ❖ Viral Hemorajik Ateş
- ❖ Q Ateşi



**Şekil 9. Sağlık Bakanlığı Bildirim Sistemine göre bildirim zorunlu C grubu hastalıklar (112)\***

(\*Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluş olan “Türkiye Halk Sağlığı Kurumu”, 11.10.2011 tarihli 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile kurulmuş, 25.08.2017 tarihinde Resmi Gazetede yayımlanan 694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile “Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü” olarak yeniden yapılandırılmıştır. 694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 203. Maddesinde; 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 26 ncı, 29 uncu, 30 uncu, 31 inci, 32 nci, 33 üncü ve 34 üncü maddeleri ile 58 inci maddesinin dördüncü fıkrasında yer alan “Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu” ibaresi, yürürlükten kaldırıldığı, diğer mevzuatta Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumuna yapılmış olan atıfların Sağlık Bakanlığına yapılmış sayılacağı belirtilmiştir. Bildirim sistemi ile ilgili mevzuat güncellenene dek, tezin teslim edildiği tarihte mevcut mevzuatlar halen yürürlükte dir.)

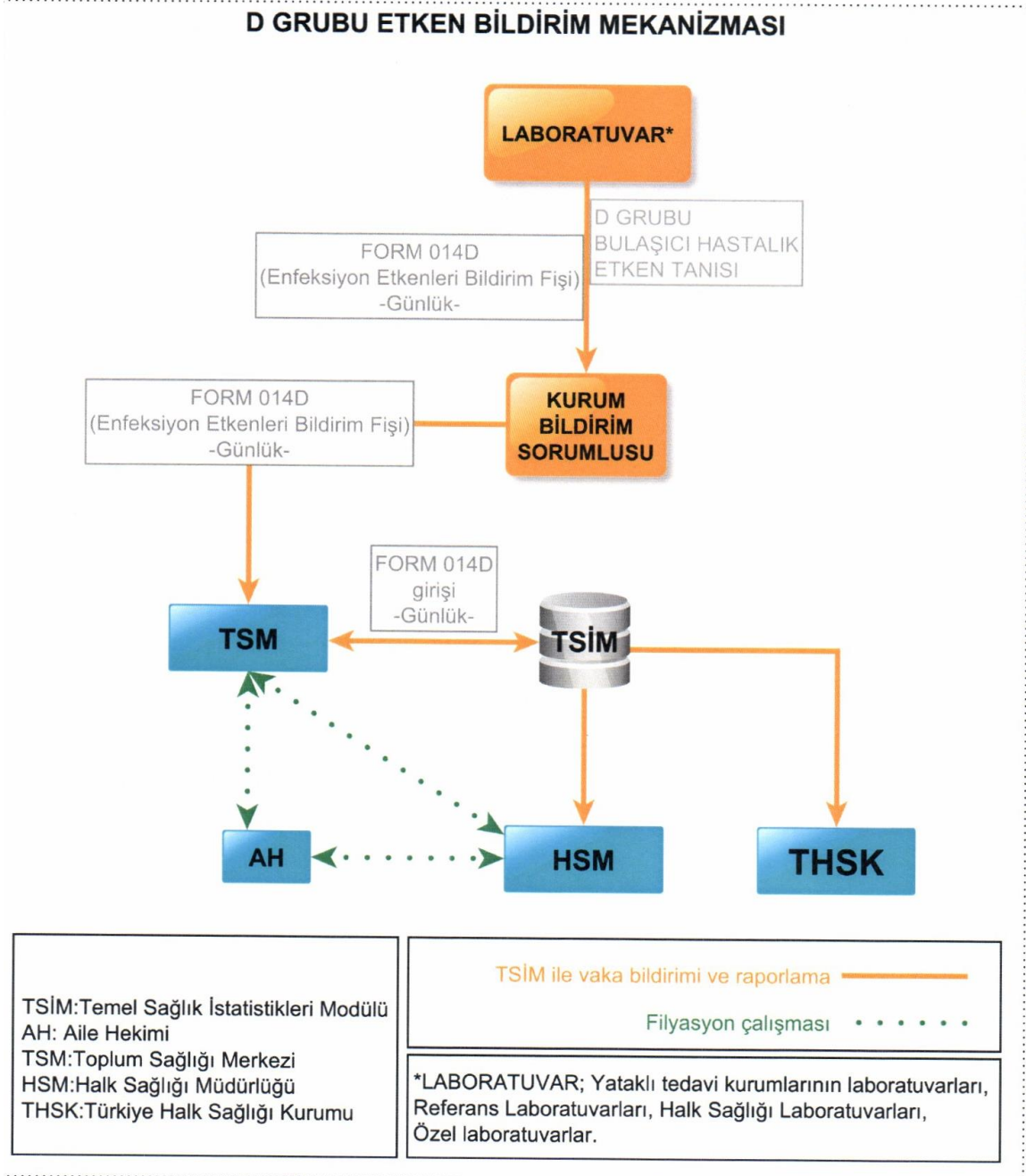
Şekil 9'un incelenmesi ile devlet hastaneleri, eğitim araştırma hastaneleri, üniversite hastaneleri, belediye hastaneleri, özel hastaneler, askeri hastaneler ve diğer tüm yataklı tedavi kurumları uzmanlık kapasiteleri ile ilişkili olarak bu hastalıklar için tanı ve tedavi hizmeti sunabilen her sağlık kurumu, bu hastalıkların bildirimini yapmakla yükümlüdür (108).

### **GRUP D HASTALIK ETKENLERİ**

Bu grubun diğer gruplardan farkı, direkt hastalıklar değil, hastalıklara neden olan enfeksiyon etkenlerinin bildirimini tarif etmektedir. Amaç, halk sağlığı sorunu olarak önemini koruyan bazı bulaşıcı hastalıkların etyolojik ajanları hakkında veri elde edilmesi ve gerektiğinde bunların ileri epidemiyolojik araştırmalarının yapılabilmesidir (108, 112).

D Grubu hastalık etkenlerinin listesi aşağıda yer almaktadır. D grubu hastalıkların bildirim mekanizması Şekil 10'da gösterilmiştir.

- ❖ *Campylobacter Jejuni/Coli*
- ❖ *Chlamydia Trachomatis*
- ❖ *Cryptosporidium Sp*
- ❖ *Entamoeba Histolytica*
- ❖ Enterohemorajik *E.Coli*
- ❖ *Giardia İntestinalis*
- ❖ *Salmonella Sp.*
- ❖ *Shigella Sp.*
- ❖ Trişinoz
- ❖ *Listeria Monocytogenes*
- ❖ *YersiniaSp.*
- ❖ Norovirüs
- ❖ Rotavirüs



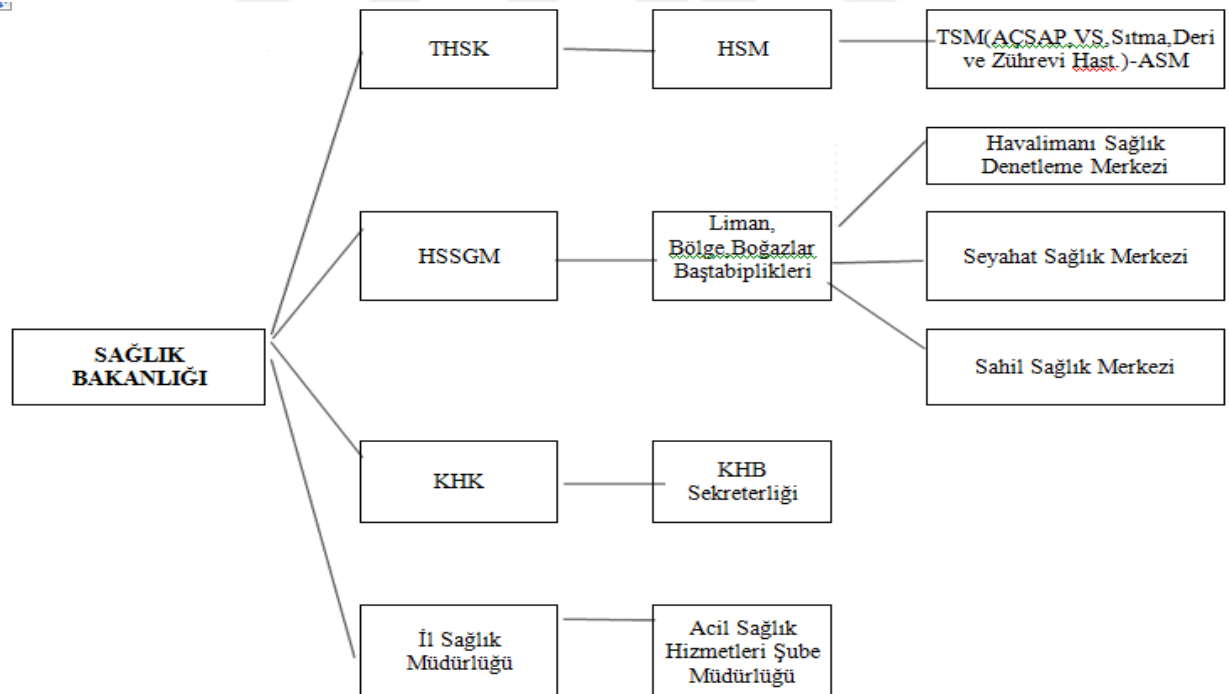
**Şekil 10. Sağlık Bakanlığı Bildirim Sistemine göre bildirim zorunlu D grubu hastalıklar (112)\***

(\*Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluş olan “Türkiye Halk Sağlığı Kurumu”, 11.10.2011 tarihli 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile kurulmuş, 25.08.2017 tarihinde Resmi Gazetede yayımlanan 694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile “Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü” olarak yeniden yapılandırılmıştır. 694 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 203. Maddesinde; 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 26 ncı, 29 uncu, 30 uncu, 31 inci, 32 nci, 33 üncü ve 34 üncü maddeleri ile 58 inci maddesinin dördüncü fıkrasında yer alan “Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu” ibaresi, yürürlükten kaldırıldığı, diğer mevzuatta Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumuna yapılmış olan atıfların Sağlık Bakanlığına yapılmış sayılacağı belirtilmiştir. Bildirim sistemi ile ilgili mevzuat güncellenene dek, tezin teslim edildiği tarihte mevcut mevzuatlar halen yürürlüktedir.)

Şekil 10'dan da görüldüğü üzere, yataklı tedavi kurumlarının laboratuvarları, Referans Laboratuvarları, Halk Sağlığı Laboratuvarları, Özel Laboratuvarlar, Enfeksiyon Etkenleri Bildirim Fişi (Form 14 D) ile günlük olarak bildirimlerini yapmakla yükümlüdürler (112).

Bildirim sistemi, bulaşıcı hastalıklar listesinin güncellenmesi, standart vaka tanımlarının getirilmesi, hastalıkların bildiriminde gruplandırmalara gidilmesi, bazı enfeksiyöz etkenlerin de bildirim listesine eklenmesi, laboratuvarların doğrudan ya da dolaylı olarak sistemde rol alması şeklinde yapılandırılmıştır (108).

Bildirim sisteminde bahsi geçen fiyasyon çalışması ile salgın ön incelemesi kastedilmektedir. Her vaka için, hastalıklara özgü yapılandırılmış formlarla fiyasyon incelemesi yapılmalıdır. Amaç kaynağa, bulaşma yoluna ve yere özgü bulaşıcı hastalığın ortaya çıkmasını sağlayan koşulları belirlemek, yeni hasta aramak, hastalığın yayılma potansiyelini değerlendirmek ve alınması gereken önlemleri belirleyip almaktır (114). Bulaşıcı hastalıklarla mücadele örgütlenmesi yürürlükteki mevzuat doğrultusunda Şekil 11'deki gibi şematize edilmiştir.



**Şekil 11. Bulaşıcı hastalıklarla mücadele örgütlenmesi (114,115)**

Bulaşıcı Hastalıklarla mücadele, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 1. Maddesine göre devletin görevi olarak tanımlanmıştır (116). Kanunun 3. Maddesinde ise mücadele Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın görevi olarak belirtilmiştir (116). Şekil 11'de şematize edildiği gibi, 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun

Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı örgütlenmesinde bulaşıcı hastalıklarla ilgili yükümlülük temel olarak Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve taşra yönetim örgütüne ait iken, 25.08.2017 tarihli 694 sayılı Kanun Hükmünde Kararnameye göre, Halk Sağlığı Kurumunun yerini Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü almıştır. Taşra teşkilatında ise, Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, tek çatı altında toplanarak İl Sağlık Müdürlüğü olarak faaliyetlerini yürütmektedir (117). Uluslararası Sağlık Tüzüğü'nün sınırlarda gerektirdiği hizmetleri yürütmek Hudut Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü'nün, ülkenin bulaşıcı hastalıklarla mücadele kapasitesini geliştirme ve DSÖ'ne bildirim yapma Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün görevidir (114,115,118). Sağlık Bakanlığı 2013-2017 Stratejik Planında, bulaşıcı hastalıklar ve risk faktörleri ile mücadele etmek, çevresel tehlikelerin sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak Sağlık Bakanlığı'nca stratejik amaç olarak belirlenmiş, bu amaç doğrultusunda zoonotik ve vektörel hastalıkların morbidite ve mortalitesini azaltmak, sosyal ve ekonomik etkilerini hafifletmek hedeflenmiştir (119).

## **GIDA, TARIM VE HAYVANCILIK BAKANLIĞI AÇISINDAN ZOONOZLAR VE ZOONOTİK ETKENLERİN İZLENMESİ**

Zoonoz hastalıklarla yapılacak mücadelenin hayvansal boyutu büyük önem taşımaktadır. Ülkemizde, Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı'nca yürütülen zoonoz hastalıklarla mücadele çalışmaları 3285 Sayılı Hayvan Sağlığı ve Zabıtası Kanunu çerçevesinde yürütülmektedir. Taşrada mücadele çalışmaları Gıda, Tarım ve Hayvancılık İl Müdürlükleri bünyesinde bulunan Hayvan Sağlığı Şube Müdürlüklerince yürütülmektedir. Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı'na bağlı hayvan hastalıkları ile ilgili araştırma, teşhis ve aşı üretimi yapan 9 (dokuz) adet bölgesel Veteriner Kontrol ve Araştırma Enstitüsü bulunmaktadır. Zoonoz hastalıklardan salgın riski yüksek olanlar, Brucella, Şarbon, Tüberküloz, Kuduz, Avian İnfluenza gibi, ihbarı mecburi hastalıklar listesinde yer almakta olup, bu hastalıkların bildirim zorunludur. Bildirimi mecburi hastalıkların takibi Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı bünyesindeki resmi veteriner hekimler tarafından yürütülmektedir. Serbest hekimlerin de bu tür hastalıklarla ilgili olarak bildirim zorunluluğu bulunmaktadır. Resmi veteriner hekim aldığı hastalık ihbarına 24 saat içinde mahallinde el koyarak gerekli tedbirleri almak zorundadır. Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı'nın Zoonozlar ve Zoonotik Etkenler, İlgili Antimikrobiyal Direnç ve Gıda Kaynaklı Salgınların İzlenmesi Yönetmeliği'nde 2016 yılı başından itibaren İzlenecek Zoonozlar ve Zoonotik Etkenlerin Listesi yer almaktadır (5,9).

## **İzlenecek Zoonozlar ve Zoonotik Etkenlerin Listesi (9)**

### **A) İzlemede yer alacak zoonozlar ve zoonotik etkenler**

- 1) Brusellozis ve etkenleri
- 2) Kampilobakteriyozis ve etkenleri
- 3) Ekinokokkozis ve etkenleri
- 4) Listeriyozis ve etkenleri
- 5) Salmonellozis ve etkenleri
- 6) Trişinellozis ve etkenleri
- 7) Mycobacterium bovis kaynaklı tuberkülozis
- 8) Verotoksijenik Escherichia coli

### **B) Epidemiyolojik duruma göre izlenecek zoonoz ve zoonotik etkenlerin listesi**

- 1) Viral zoonozlar:
  - ❖ Kalisivirüs,
  - ❖ Hepatit A virüsü,
  - ❖ İnfluenza virüsü,
  - ❖ Kuduz,
  - ❖ Artropodlar yoluyla bulaşan virüsler.
- 2) Bakteriyel zoonozlar:
  - ❖ Borreliyozis ve etkenleri,
  - ❖ Botulizm ve etkenleri,
  - ❖ Leptospirozis ve etkenleri,
  - ❖ Psittakozis ve etkenleri,
  - ❖ A maddesi dışındaki tuberkülozis,
  - ❖ Vibriyozis ve etkenleri,
  - ❖ Yersiniyozis ve etkenleri.
- 3) Paraziter zoonozlar:
  - ❖ Anisakiazis ve etkenleri,
  - ❖ Kriptosporidiyozis ve etkenleri,
  - ❖ Sistiserkozis ve etkenleri,
  - ❖ Toksoplazmozis ve etkenleri.
- 4) Diğer zoonozlar ve zoonotik etkenler

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

### **ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI**

Araştırma Edirne, Kırklareli ve Tekirdağ illerinde 2013-2016 yılları arasında yapılmıştır.

### **Trakya Hakkında Genel Bilgi**

Türkiye'nin kuzeybatısında, Bulgaristan ve Yunanistan sınırında yer alan Trakya Bölgesi; Edirne, Kırklareli ve Tekirdağ illerinden oluşmaktadır. Türkiye ile Avrupa arasındaki karayolu geçişlerinin bulunmasının yanı sıra, bölge halkının büyük bir kesiminin Balkan Ülkeleri'nden göç eden vatandaşlardan oluşması, Trakya Bölgesi'nin sadece fiziki değil, kültürel ve sosyal bir geçiş noktası olmasını sağlamıştır (55).

Trakya topraklarının büyük bir bölümü tarım alanı olarak kullanılmaktadır. Edirne ve Kırklareli illerinde, en önemli geçim kaynağı tarım ve tarıma dayalı sanayidir. Yoğun sanayi üretimine sahip olan Tekirdağ ilinde özellikle iç ve batı kesiminde yaşayanların büyük bir bölümü yine tarımla ilgili işlerle uğraşmaktadır. D-100 karayolunun etrafında yoğunlaşan sanayi ve büyük tarımsal alan ile Bölge, ikili bir yapı arz etmektedir. Bu ikili yapı üretimin yanı sıra sosyal yaşamı da şekillendirmektedir. Trakya Bölgesi geleneksel tarım toplumundan modern tarıma geçişte öncü bir Bölge olmasının yanında, hızla gelişen sanayisi, değişen ekonomik ve sosyal çehresi ile diğer bölgelere ilham kaynağı olmaktadır. Trakya Bölgesi, sahip olduğu beşeri sermaye ve doğal kaynakları açısından hem sanayinin gelişimine hem de tarımsal üretime uygun bir bölgedir. Ancak, Bölgede baş gösteren sorunların temelinde bu iki sektörün uyumlu şekilde gelişim gösterememesi, bunun yerine özellikle 1980'li yıllardan itibaren sanayi lehine gelişen kontrolsüz artış bulunmaktadır (55).



## **Trakya'nın Seçilmesinin Nedenleri**

Trakya'nın araştırma yeri olarak seçilmesinde etken olan çeşitli nedenler söz konusudur. Trakya'da hayvancılığın ve tarımın yoğun olması nedeniyle zoonotik hastalık prevalansının yüksek olması ve araştırmacılar tarafından bölgede çalışan hekimlerin zoonotik hastalıklar ile ilgili sorun yaşadığının düşünülmesi bu nedenler arasındadır. Bu durum bölgedeki resmi kurumlarla yapılan yazışmalarda da açıkça görülmektedir.

Araştırmacının 04.10.2013 tarihli talep yazısı üzerine Tekirdağ Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün yazdığı 13.12.2013 tarihli cevabi yazılarında, 2012 yılında Tekirdağ ilinde görülen zoonotik hastalıklar; 466 vaka ile uyuz, 227 vaka ile ascariasis, 105 vaka ile brusella, 13 vaka ile salmonelloz, 4 vaka ile batı nil virüsü hastalığı, 3 vaka ile kist hidatik, 2 vaka ile trichomoniasis, 2 vaka ile teniasis, 1 vaka ile giardiasis olarak belirtilmiştir. Bu hastalıkların Enfeksiyon Hastalıkları, Dahiliye ve Çocuk Hastalıkları uzmanları tarafından bildirildiği ifade edilmiştir.

Kırklareli Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün 10.10.2013 tarihli cevabi yazıları ile 2012 yılında Kırklareli İlinde görülen zoonotik hastalıklar; 957 vaka ile Kuduz Şüpheli Isırık, 29 vaka ile Bruselloz, 2'si vefat etmiş 5 Kırım Kongo Kanamalı Ateşi vakası, 1 Giardiasis vakası olarak belirtilmiş ve bildirimde bulunan hekimler; Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanı, Bakteriyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı, Acil Poliklinik Hekimleri, Dahiliye Uzmanları olarak belirtilmiştir.

Edirne Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün 04.10.2013 tarihli cevabi yazıları ile 2012 yılında Edirne İlinde görülen zoonotik hastalıklar; 9 vaka ile Paraziter Hastalıklar, 98 vaka ile Scabiyez, 27 vaka ile Pediküloz, 1 vaka ile Enterobiyozis vakası olarak belirtilmiş ve bildirimde bulunan hekimler; Deri ve Zührevi Hastalıklar Uzmanı ve Çocuk Hastalıkları Uzmanı olarak belirtilmiştir.

## **ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEM**

### **Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini Edirne, Kırklareli ve Tekirdağ illerinde bulunan Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi ile Edirne, Kırklareli, Tekirdağ illerindeki Aile Sağlığı Merkezleri, Devlet Hastaneleri ve Özel Hastanelerde çalışan hekimlerin tamamı (1065 hekim) oluşturmaktadır. Araştırma planlamasında örnekleme yapılmamış ve evreni oluşturan 1065 hekimin tamamına ulaşılması hedeflenmiş, araştırma sonunda hekimlerin 1002'sine (% 94.1)

ulaşmıştır. Bu sayının belirlenmesinde fiilen çalışıyor olmak gözetilmiş olup, kadrosu Trakya'daki sağlık kurum ve kuruluşlarında olmasına rağmen başka ilde görev yapanlar, yurtiçi, yurt dışı rotasyona gidenler, doğum vb nedenle izinli olanlar çalışmaya dahil edilmemiştir. Farklı 2 zamanda hekime ulaşılammışsa 3. kez hekime gidilmemiş, çalışmaya dahil edilmemiştir.

Evreni oluşturan hekimlerin tümünün çalışmaya alınması planlanmış, bu hekimlerden 1002 kişi (N=1002) çalışmaya katılmıştır. Çalışmaya katılmayan hekimlerden 6'sı çalışmaya katılmayı reddetmişlerdir. Reddeden hekimlerin 1'i Klinik Mikrobiyoloji Uzmanı, 3'ü Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı, 1'i Pratisyen Hekimdir. Çalışmaya genel katılım oranı % 94,1'dir.

### **Örneklem Seçimi**

Araştırmada örneklem seçimi yapılmamış olup, belirtilen süre içerisindeki Aile Sağlığı Merkezi, Toplum Sağlığı Merkezi ve Hastanelerde çalışan tüm hekimler araştırma kapsamına alınmıştır. Çalışmaya alınmama kriteri temel tıp bilimlerine giren branş uzmanları (anatomi, fizyoloji, biyokimya vb)ve başhekim ve başhekim yardımcısı vb birim, kurum amirleri ve yardımcıları gibi yönetici hekimler araştırmaya dahil edilmemiştir.

Çalışmaya katılan uzman hekimler, dahili branşlar ve cerrahi branşlar olarak sınıflandırılmışlardır. Dahili branşlara; aile hekimliği, çocuk hastalıkları, iç hastalıkları, deri ve zührevi hastalıklar, enfeksiyon hastalıkları, fizik tedavi, gastroenteroloji, göğüs hastalıkları, kardiyoloji, klinik mikrobiyoloji, nöroloji, nükleer tıp, psikiyatri uzmanları dahil edilmiştir. Cerrahi branşlara ise; çocuk cerrahisi, genel cerrahi, göğüs cerrahisi, göz hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, kulak burun boğaz, beyin ve sinir cerrahisi, ortopedi, plastik cerrahi ve üroloji uzmanları dahil edilmiştir.

### **ARAŞTIRMANIN TİPİ**

Araştırma, kesitsel bir araştırmadır.

### **ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ**

#### **Bağımlı Değişkenler**

Hekimlerin Zoonotik Hastalıklara Yönelik Farkındalık Durumları

Hekimin Zoonotik Hastalıklar Konusunda Bilgi Düzeyi

Hekimin Zoonotik Hastalıklar Konusunda Kendini Yeterli Hissetme durumu

Hekimin Bilgi Düzeyi; anket formunda yer alan önermelerden 1, 4, 6, 7, 9, 11 nolu önermelere verdikleri yanıtlar 1 den 5'e kadar puanlanmış, toplam puanı 25 ve üzeri olan (puan dağılımında en yüksek değerlerden oluşan çeyrek) hekimin bilgi düzeyi “**Yeterli**” olarak kabul edilmiştir.

Hekimin Kendini Yeterli Hissetmesi; anket formunda yer alan önermelerden 2, 3, 4 nolu önermelere verdikleri yanıtlar 1 den 5'e kadar puanlanmış, toplam puanı 11 ve üzeri olan (puan dağılımında en yüksek değerlerden oluşan çeyrek) hekimin kendini yeterli hissetmesi “**Yeterli**” olarak kabul edilmiştir.

Analizlerde, araştırmaya katılan hekimlerin verdiği yanıtlar, “Katılıyorum” ve “Kesinlikle Katılıyorum” cevapları “Katılıyorum” olarak; “Katılmıyorum”, “Kesinlikle Katılmıyorum”, “Kararsızım” yanıtları “Katılmıyorum” olarak kategorize edilmiştir.

### **Bağımsız Değişkenler**

Yaş

Cinsiyet

Medeni durum

Öğrenim durumu

Görevi

Meslekteki görev süresi

Kurumdaki çalışma süresi

Bir gün içinde hizmet verdiği kişi sayısı

Kendisi ya da 1. derece aile fertlerinden birinin zoonotik hastalık geçirme durumu

Son bir yıl içinde zoonotik hastalıklar ve benzeri konularında eğitim alma durumu

Tanı tedavi rehberlerini kullanma

### **VARSAYIMLAR**

H0: Trakya İllerinde çalışan Hekimlerin Zoonotik Hastalıklara Yönelik Farkındalık Durumları; Hekimin Bilgi Düzeyi ve Hekimin Kendini Yeterli Hissetmesi durumları, bağımsız değişkenlerden etkilenmemektedir.

“H1: Trakya İllerinde çalışan Hekimlerin Zoonotik Hastalıklara Yönelik Farkındalık Durumları; Hekimin Bilgi Düzeyi ve Hekimin Kendini Yeterli Hissetmesi durumları, bağımsız değişkenlerimizden etkilenmektedir.

## VERİ TOPLAMA

Çalışmanın başlangıcında, Sağlık Bakanlığı, Edirne, Kırklareli ve Tekirdağ Valilikleri, İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği makamlarına başvurularak gerekli resmi izinler alınmıştır. Çalışmada, araştırmacılarca geliştirilmiş anket formları kullanılmıştır. Anket çalışmasının ön denemesi yapılmıştır. Kırklareli Sağlık Müdürlüğü'nde çalışan 5 pratisyen hekim, diğer bir ildeki üniversitede çalışan 5 uzman hekim (Farabi Ü.-Trabzon), devlet hastanesinde çalışan 5 uzman hekim (Trabzon DH), ASM'de çalışan 5 pratisyen hekim (Fethiye AHB) ile anket yapılarak anket formuna son şekli verilmiştir. Ön denemeye katılan hekimler çalışmaya alınmamıştır. Veriler, araştırmacının kendisi ve Kırklareli, Tekirdağ, Edirne Sağlık Müdürlüğünde çalışan birer sağlık personelinin yardımıyla (tercihen Bulaşıcı Hastalıklar Şubesinde çalışan) toplanmıştır. Hekimlere yönelik hazırlanan anket formu, mesai saatleri içinde, kendilerinin uygun gördüğü bir zamanda yapılmıştır. Her bir anket için, yaklaşık 10 dakika zaman harcanmıştır.

### **Hazırlanan anket formu 3 bölümden oluşmaktadır:**

**Birinci Bölüm;** araştırmanın amacını, gerekliliğini anlatan, cevapların gizliliğini vurgulayan, anketi yanıtlayana teşekkür edilen bölümdür.

**İkinci Bölüm;** yaş, cinsiyet, çalışılan sağlık kurumunun adı, medeni durum, öğrenim durumu, görevi, meslekteki görev süresi, bu kurumdaki çalışma süresi, bir gün içinde hizmet verdiği kişi ve bir gün içinde başvuru aldığı olası zoonotik hasta sayısı, zoonotik hastalıkların ihbarı ve tanı tedavi rehberlerinden haberdar olma gibi bağımsız değişkenlerin yer aldığı bölümdür.

**Üçüncü Bölüm;** hekimlerin başvuranlar arasında zoonotik hastalıklara yönelik farkındalıklarına, tanı koymasına, tanı-tedavi rehberlerini kullanmasına, tedavi edebilmesine, güncel zoonotik hastalıklar konusundaki bilgi düzeylerini ölçmeye, hizmet sunumunda karşılaştığı zorluklara, yönelik 14 adet önermeyi içermektedir. Beşli Likert Tipi Ölçek düzenlenmiştir. Zoonotik hastalıklarla karşılaştıklarında yaşadığı zorlukları, bu hastalara daha iyi hizmet verilebilmesi için önerilerini, bu hizmetlerde zorlandıkları durumları önem sırasına göre sıralamasına, son bir yıl içinde zoonotik hastalıklar ve ilişkili konularda eğitim alma durumuna dair sorularla form tamamlanmıştır.

## VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS Statistics 16.0 paket programı kullanılmıştır. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenle ilişkisini değerlendirmede sayımla belirtilen

kategorik değişkenler için ki-kare testi kullanılmıştır. Ölçümle belirtilen değişkenlerin bağımlı değişkenle ilişkisini değerlendirmede ise, t testi kullanılmıştır. Hekimlerin zoonotik hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirildiği ve zoonotik hastalara yaklaşımda kendini yeterli hissetmesine birden çok değişkenin etkisini incelemek amacıyla lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Farklılıkların belirlenmesinde  $p < 0,05$  olduğu sonuçlar önemli fark olarak kabul edilmiştir.

## **ETİK KURUL ONAYI**

Etik Kurul Onayı alınmamıştır. Etik Kurul Onayı hakkında

1) Danıştay 10. Dairesinin 13.11.2009 tarih ve 2009/3991 E sayılı kararıyla Klinik Araştırmalar hakkında Yönetmeliğin yürütmesinin durdurulması nedeniyle, (Danıştay 10. Dairesinin 13.11.2009 tarih ve 2009/3991E sayılı kararıyla “Yönetmeliğin 5. Maddesinin 1. Fıkrasının “ç” bendinde yer alan “sorumlu araştırmacı veya araştırma ekibinden yetkili birisi tarafından yeterince ve anlayabileceği şekilde bilgilendirileceği” ibaresi ile aynı maddenin 1. Fıkrasının “ğ” bendinde yer alan “farmakokinetik ve biyodeşdeğerlik çalışmalarında gönüllülere ücret ödenmesi söz konusu olursa, bunun protokolda belirtilmesi gerekir.” ibaresinin; 10., 12., 13. Maddeleri ve 11. maddesinin 1. Fıkrasının (i) bendinin ve (ç) bendinin 6 numaralı alt bendinde yer alan gönüllüye ödöl verilebileceğine ilişkin düzenlemenin, 18. Maddesinin 1. Fıkrasındaki “hem Etik Kurula hem de “ ibaresinin; 19.maddesinin 1. fıkrasındaki “Etik Kurul onay verse bile” ibaresinin; 20. Maddesinin 1. fıkrasının “b” bendindeki “ve ilgili Etik Kurula bildirilir.”ibaresinin; 10. maddesinin 1. fıkrasındaki” eş zamanlı” ibaresinin; 20. Maddesinin 1. Fıkrasının (b) bendindeki “Genel Müdürlük, başvuru tarihini izleyen günden itibaren otuz beş gün içerisinde protokol değişildiği hususunda görüş bildirmez ise protokol değişikliği onaylanmış sayılır” ibaresinin 2577 sayılı İdari Yargılama Usulü Kanununun 27.maddesindeki koşullar gerçekleşmiş bulunduğundan yürütülmesinin durdurulmasına ” karar verilmiştir.),

2) Bu çalışma S.B. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmeliğin 4. Maddesi 1. Fıkrası (ş) bendinde ((ş) Klinik araştırma: Bir veya birden fazla merkezde, insanlar üzerinde yapılan ilaç klinik araştırmaları, ilaç dışı klinik araştırmalar, tıbbi cihazlarla yapılan araştırmalar, yeni bir cerrahi yöntem kullanılarak yapılan klinik araştırmaları gibi her türlü araştırmayı,) yer alan klinik araştırma tanımı dışında yer aldığı için Etik Kurul izni alınmamıştır.

## BULGULAR

Araştırmanın bulguları iki bölümde değerlendirilmiştir.

1. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi ile Edirne, Kırklareli ve Tekirdağ illerindeki Aile Sağlığı Merkezleri, Devlet Hastaneleri ve Özel Hastanelerde Çalışan Hekimlere İlişkin Bazı Sosyo-Demografik Verilerin Değerlendirilmesi

2. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi ile Edirne, Kırklareli ve Tekirdağ illerindeki Aile Sağlığı Merkezleri, Devlet Hastaneleri ve Özel Hastanelerde Çalışan Hekimlerin Zoonotik Hastalıklara Yaklaşımlarının ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi

I. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi ile Edirne, Kırklareli, Tekirdağ illerindeki Aile Sağlığı Merkezleri, Devlet Hastaneleri ve Özel Hastanelerinde Çalışan Hekimlere İlişkin Bazı Sosyo-Demografik Veriler

Araştırmanın evrenini Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi ile Edirne, Kırklareli, Tekirdağ illerindeki Aile Sağlığı Merkezleri, Devlet Hastaneleri ve Özel Hastanelerde çalışan ve araştırma kapsamına alınan 1065 hekim oluşturmaktadır. Araştırma planlamasında örnekleme yapılmamış ve evreni oluşturan 1065 hekimin tamamına ulaşılması hedeflenmiş, araştırma sonunda hekimlerin 1002'sine (% 94.1) ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan hekimlerin çalıştıkları Basamakların illerde göre dağılımı ile hedeflenen ve ulaşılan hekim sayıları Tablo 5'te verilmiştir.

**Tablo 5. Araştırmaya katılan hekimlerin çalıştığı illere ve Basamaklara göre dağılımı (n:1002)**

Hekim Sayıları	Kırklareli	Tekirdağ	Edirne	TOPLAM
1. Basamak hedeflenen	93	198	112	<b>403</b>
Ulaşılan	91	180	109	<b>380</b>
%	97.9	90.9	97.3	<b>94.3</b>
2. Basamak hedeflenen	66	123	109	<b>298</b>
Ulaşılan	65	115	105	<b>285</b>
%	98.5	93.5	96.3	<b>95.6</b>
3. Basamak hedeflenen	0	60	217	<b>277</b>
Ulaşılan		57	200	<b>257</b>
%	0	95.0	92.7	<b>92.8</b>
Özel hastane hedeflenen	31	30	26	<b>87</b>
Ulaşılan	30	28	22	<b>80</b>
%	96.7	93.3	84.6	<b>91.9</b>
Toplam hedeflenen	190	411	464	<b>1065</b>
Ulaşılan	186	380	436	<b>1002</b>
%	97.9	92.5	93.9	<b>94.1</b>

Tablo 5 incelendiğinde; Kırklareli, Edirne, Tekirdağ illerindeki, 1.,2 ve 3. Basamak sağlık kuruluşları ile özel hastanede çalışan hekimlere, toplam hedefe göre % 90 ve üzerinde bir oranda ulaşıldığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan hekimlerin çalıştığı illere göre dağılımları Tablo 6’da verilmiştir.

**Tablo 6. Araştırmaya katılan hekimlerin çalıştığı illere göre dağılımı (n:1002)**

İLLER	Sayı	%
Edirne	436	43.5
Kırklareli	186	18.6
Tekirdağ	380	37.9
<b>TOPLAM</b>	<b>1002</b>	<b>100.0</b>

Tablo 6 incelendiğinde, araştırmaya katılan hekimlerin ildeki hekim sayısı ile orantılı olarak büyük çoğunluğunun Edirne İli’nden (% 43.5) katıldığı, bunu Tekirdağ ve Kırklareli

İlleri'nin izlediği görülmektedir. Araştırmaya katılan hekimlerin çalıştığı kurumlara göre dağılımları, aile sağlığı merkezi, devlet hastanesi, tıp fakültesi hastanesi, özel hastane ayrımı yapılarak Tablo 7'de gösterilmiştir.

**Tablo 7. Araştırmaya katılan hekimlerin çalıştığı kurumlara göre dağılımı (n:1002)**

<b>KURUMLAR</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Aile Sağlığı Merkezi	380	37.9
Devlet Hastanesi	285	28.4
Tıp Fakültesi Hastanesi	257	25.8
Özel Hastane	80	8.0
<b>TOPLAM</b>	<b>1002</b>	<b>100.0</b>

Tablo 7 gözden geçirildiğinde, araştırmaya katılan hekimlerin büyük çoğunlukla aile sağlığı merkezlerinde çalıştığı, bunu devlet hastanesi ve tıp fakültesinde çalışan hekimlerin takip ettiği, daha azının özel hastanede çalıştığı görülmüştür. Tablo 8 ile üniversiteden araştırmaya katılan hekimlerin Edirne İlindeki Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (TÜSAM) ile Tekirdağ İlindeki Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde (NKÜ) çalışmasına göre dağılımları verilmiştir.

**Tablo 8. Araştırmaya katılan ve üniversitede çalışan hekimlerin üniversitelere göre dağılımı (n:257)**

<b>SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZLERİ</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Trakya Üniversitesi (TÜSAM)	200	78.0
Namık Kemal Üniversitesi (NKÜ)	57	22.0
<b>TOPLAM</b>	<b>257</b>	<b>100.0</b>



Tablo 8 irdelendiğinde, üniversiteden araştırmaya katılan hekimlerin büyük çoğunluğunun (% 78) doğal olarak daha fazla öğretim elemanının bulunduğu TÜSAM'dan katıldığı anlaşılmıştır.

Araştırmaya katılan hekimlerin, merkezde ve ilçelerde çalışma durumlarına göre dağılımı Tablo 9'da belirtilmiştir.

**Tablo 9. Araştırmaya katılan hekimlerin merkez ve periferde çalışmalarına göre dağılımları (n:1002)**

<b>ÇALIŞILAN BÖLGE</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
İl Merkezi	580	58.0
Perifer İlçe	422	42.0
<b>TOPLAM</b>	<b>1002</b>	<b>100.0</b>

Tablo 9'un değerlendirilmesi ile araştırmaya katılan hekimlerin çoğunlukla il merkezinde çalıştığı görülmüştür. Araştırmaya katılan hekimler unvanlarına göre; pratisyen hekim, uzman hekim ve asistan hekim olarak kategorize edilmiş ve bu durum Tablo 10'da gösterilmiştir.

**Tablo 10. Araştırmaya katılan hekimlerin unvanlarına göre dağılımları (n:999)**

<b>UNVANLAR</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Pratisyen Hekim	446	44.6
Uzman Hekim	360	36.0
Asistan Hekim	193	19.3
<b>TOPLAM</b>	<b>999</b>	<b>100.0</b>

Tablo 10'un incelenmesi ile pratisyen hekimlerin çoğunlukta olduğu, araştırmaya katılan 1002 hekimden 3'ünün ünvanını belirtmeyerek bu soruya yanıt vermediği görülmüştür.

Çalışmaya katılan acil tıp, aile hekimi, çocuk, dahiliye, dermatoloji, enfeksiyon, fizik tedavi ve rehabilitasyon, göğüs ve nöroloji uzmanlık alanındaki hekimler dahili branş altında,

genel cerrahi, kulak, burun boğaz ve ortopedi uzmanlık alanındaki hekimler cerrahi branş altında toplanarak, uzmanlık alanlarına ve pratisyen hekim olma durumuna göre dağılımları Tablo 11’de gösterilmiştir.

**Tablo 11. Araştırmaya katılan hekimlerin uzmanlık alanlarına ve pratisyen hekim olmalarına göre dağılımı**

ANA BRANŞLAR	ALT BRANŞ	Sayı	%
		<b>Pratisyen Hekim</b>	<b>446</b>
<b>Dahili Branşlar</b>	Acil Tıp	21	2.1
	Aile Hekimi	32	3.2
	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	71	7.1
	İç Hastalıkları	143	14.3
	Dermatoloji	15	1.5
	Enfeksiyon hastalıkları	31	3.1
	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	24	2.4
	Göğüs Hastalıkları	21	2.1
	Nöroloji	28	2.8
		<b>Dahili Branşlar Toplamı</b>	<b>386</b>
<b>Cerrahi Branşlar</b>	Genel Cerrahi	79	7.9
	Kulak Burun Boğaz	26	2.6
	Ortopedi ve Travmatoloji	19	1.9
	<b>Cerrahi Branşlar Toplamı</b>	<b>124</b>	<b>12.4</b>
	<b>Uzman (Alanını Belirtmemiş)</b>	<b>46</b>	<b>4.6</b>
	<b>TOPLAM</b>	<b>1002</b>	<b>100.0</b>

Tablo 11 değerlendirildiğinde, dahili branşlardan 386 hekimin (% 38.5), cerrahi branşlardan 124 hekimin (% 12.4) çalışmaya dahil olduğu, uzmanlık alanı belirtmemiş 46 hekimin bulunduğu (% 4.6), pratisyen hekimlerin 446 kişi ile büyük oranda çalışmada (% 44.6) yer aldığı anlaşılmaktadır.

Çalışmaya katılan ve cinsiyet sorusunu yanıtlayan hekimlerin 585’i (% 64.2) erkek, 348’i (% 35.8) kadındır. Katılımcıların cinsiyet ve yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 12’de sunulmuştur.

**Tablo 12. Araştırmaya katılan hekimlerin cinsiyet ve yaş gruplarına göre dağılımı\***

Yaş Grupları	Cinsiyet				Toplam	
	Kadın		Erkek		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>24-29</b>	88	25.3	96	16.4	187	19.2
<b>30-34</b>	74	21.3	94	16.0	179	18.4
<b>35-39</b>	82	23.6	104	17.8	196	20.1
<b>40-44</b>	58	16.6	110	18.8	172	17.7
<b>45-49</b>	29	8.3	89	15.2	122	12.5
<b>50-54</b>	7	2.0	42	7.2	53	5.5
<b>55-59</b>	8	2.3	25	4.3	37	3.8
<b>60 yaş ve üstü</b>	2	0.6	25	4.3	27	2.8
<b>TOPLAM</b>	<b>348</b>	<b>100.0</b>	<b>585</b>	<b>100.0</b>	<b>973</b>	<b>100.0</b>

\* Sorulara yanıt verenler üzerinden değerlendirilme yapılmıştır.

Tablo 12 değerlendirildiğinde % 36.5 (n: 366) ile 24 - 34 yaş grubu ve % 36.7 (n:368) ile 35 - 44 yaş grubunun sayıca en yoğun grupları oluşturduğu anlaşılmaktadır. Kadınlarda sayıca en yoğun yaş grubu % 45.5 (n:162) ile 24 - 34 yaş grubu, erkeklerde ise % 35.5 (n:214) ile 35 - 44 yaş grubu olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan hekimlerden 26'sı cinsiyet sorusunu boş bırakmışlardır.

Araştırmaya katılan **kadın hekimler**; ortalama  $35.8 \pm 7.8$  (min.- ortanca- maks.) (24-35- 61) yaşında, ortalama  $12.3 \pm 8.0$  (1-10.5-40) yıllık hekim, ortalama  $7.3 \pm 6.1$  (1-5.5-35) yıllık uzman, ortalama  $5.1 \pm 5.7$  (1-3-30) yıldır aynı kurumda çalışırken, **erkek hekimler**; ortalama  $39.9 \pm 9.6$  (25-39-76) yaşında, ortalama  $15.4 \pm 9.4$  (1-1.5-50) yıllık hekim, ortalama  $13.3 \pm 8.4$  (1-13-37) yıllık uzman, ortalama  $6.2 \pm 6.8$  (1-4-38) yıldır aynı kurumda çalışmaktadırlar.

Katılımcı hekimlerin Kırklareli, Tekirdağ ve Edirne illerine göre, cinsiyet, yaş, çalıştığı kurum, uzmanlık alanı, çalıştığı basamak ve medeni durumlarına göre dağılımları Tablo 13'de gösterilmiştir.

**Tablo 13. Araştırmaya katılan hekimlerin illere göre, cinsiyet, yaş, çalıştığı kurum, uzmanlık alanı, çalıştığı basamak ve medeni durumlarına göre dağılımları\***

Demografik Özellik	Edirne		Kırklareli		Tekirdağ		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Cinsiyet</b>								
Erkek	250	60.4	132	72.9	221	60.7	603	62.9
Kadın	164	39.6	49	27.1	143	39.3	356	37.1
<b>Toplam</b>	<b>414</b>	<b>100.0</b>	<b>181</b>	<b>100.0</b>	<b>364</b>	<b>100.0</b>	<b>959</b>	<b>100.0</b>
<b>Yaş</b>								
24-34	193	45.5	47	26.0	126	34.2	366	37.6
35-44	157	37.0	75	41.4	136	37.0	368	37.8
45-54	51	12.0	45	24.9	79	21.5	175	18.0
55-64	19	4.5	13	7.2	27	7.3	59	6.1
+65	4	0.9	1	0.6	0	0.0	5	0.5
<b>Toplam</b>	<b>424</b>	<b>100.0</b>	<b>181</b>	<b>100.0</b>	<b>368</b>	<b>100.0</b>	<b>973</b>	<b>100.0</b>
<b>Medeni Durum</b>								
Evli	277	64.6	136	73.9	249	66.0	662	66.9
Bekar	140	32.6	43	23.4	113	30.0	296	29.9
Dul/boşanmış	12	2.8	5	2.7	15	4.0	32	3.2
<b>Toplam</b>	<b>429</b>	<b>100.0</b>	<b>184</b>	<b>100.0</b>	<b>377</b>	<b>100.0</b>	<b>990</b>	<b>100.0</b>
<b>Çalıştığı Kurum</b>								
Aile Sağlığı Mrk	109	5.0	91	48.9	180	47.4	380	37.9
Devlet Hast.	105	24.1	65	34.9	115	30.3	285	28.4
Tıp Fakültesi	200	45.9	0	0.0	57	15.0	257	25.6
Özel Hastane	22	5.0	30	16.1	28	7.4	80	8.0
<b>Toplam</b>	<b>436</b>	<b>100.0</b>	<b>186</b>	<b>100.0</b>	<b>380</b>	<b>100.0</b>	<b>1002</b>	<b>100.0</b>
<b>Uzmanlık Alanı</b>								
Pratisyen	129	31.3	98	54.1	219	60.3	446	46.7
Dahili branşlar	211	51.2	57	31.5	118	32.5	386	40.4
Cerrahi branşlar	72	17.5	26	14.4	26	7.2	124	13.0
<b>Toplam</b>	<b>412</b>	<b>100.0</b>	<b>181</b>	<b>100.0</b>	<b>363</b>	<b>100.0</b>	<b>956</b>	<b>100.0</b>
<b>Çalıştığı Basamak</b>								
1.Basamak	110	25.2	91	48.9	182	47.9	383	38.2
2.Basamak	126	28.9	95	51.1	141	37.1	362	36.1
3.Basamak	200	45.9	0	0.0	57	15.0	257	25.6
<b>Toplam</b>	<b>436</b>	<b>100.0</b>	<b>186</b>	<b>100.0</b>	<b>380</b>	<b>100.0</b>	<b>1002</b>	<b>100.0</b>

\*Sütun yüzdesi alınmıştır.

Tablo 13'ün değerlendirilmesi ile, Trakya İllerinin üçünde de erkek hekimlerin daha fazla olduğu ve dolayısıyla araştırmaya alınma ve katılma oranlarının daha fazla olduğu, Edirne'de 24-34 yaş grubunda % 45.5 oranla diğer yaş gruplarına göre fazla olduğu, Kırklareli ve Tekirdağ illerinde ise 35-44 yaş grubundaki hekimlerin diğer yaş gruplarına göre fazla olduğu (sırasıyla % 41.4 ve % 37.0) görülmüştür. Her üç ilde de hekimlerin büyük çoğunlukla evli olduğu, Edirne'deki bekar hekim oranının (% 32.6), Kırklareli (% 23.4) ve Tekirdağ (% 30.0) illerindeki bekarlara göre fazla olduğu, aynı zamanda dul/boşanmış hekimlerin Tekirdağ (% 4.0) ilinde, Kırklareli ili (% 2.7) ve Edirne iline (% 2.8) göre fazla olduğu anlaşılmıştır. Edirne İlinde araştırmaya katılanların çoğu tıp fakültesi hastanesinde (% 45.9) çalışırken, Kırklareli ve Tekirdağ illerinde araştırmaya katılan hekimlerin çoğunun aile sağlığı merkezlerinde çalıştığı görülmüştür (sırasıyla % 48.9, % 47.4).

Araştırmada bir gün içinde hizmet verilen hasta sayısı ortalama  $70.3 \pm 56.2$  (Min.:5-, Ortanca:50, Maks.:450) iken, bir ayda hizmet verilen zoonotik hasta sayısı  $4.6 \pm 6.1$  (Min.:1- Ortanca:2- Maks.:50) olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan hekimlerin bir gün içinde hizmet verdiği hasta sayılarının dağılımı Tablo 14' de yer almaktadır.

**Tablo 14. Araştırmaya katılan hekimlerin bir gün içinde hizmet verdiği hasta sayıları\***

Bir Gün İçinde Hizmet Verilen Hasta Sayısı	Sayı	%
0-20	73	7.9
21-50	394	42.9
51-100	338	36.8
101-150	47	5.1
150+	67	7.3
<b>Toplam</b>	<b>919</b>	<b>100.0</b>

\* Sorulara yanıt verenler üzerinden değerlendirilme yapılmıştır.

Tablo 14'de araştırmaya katılan hekimlerin % 87.6'sının günde 100 hasta ve altında hastaya hizmet verdiği görülmüştür.

Araştırmaya katılan hekimlerin çalıştıkları Basamaklara göre bir gün içinde hizmet verdikleri hasta sayıları ise Tablo 15'de yer almaktadır.

**Tablo 15. Araştırmaya katılan hekimlerin çalıştıkları Basamaklara göre bir gün içinde hizmet verdikleri hasta sayıları (n:919)\***

Bir Gün İçinde Hizmet Verilen Hasta Sayısı	1. Basamak Hekimleri		2. Basamak Hekimleri		3. Basamak Hekimleri	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0 - 100	316	90.1	268	78.8	221	96.9
101 -250	31	8.8	56	16.5	6	2.7
251 - 500	4	1.1	10	3.0	0	0
501 +	0	0	6	1.7	1	0.4
<b>Toplam</b>	<b>351</b>	<b>100.0</b>	<b>340</b>	<b>100.0</b>	<b>228</b>	<b>100.0</b>

\*Sütun yüzdesi alınmıştır.

3. Basamakta çalışan hekimlerin bir günde 0-100 hastaya hizmet verme oranı % 96.9 iken, 1. Basamak ve 2. Basamakta çalışan hekimlerde bu oran sırasıyla % 90.1 ve % 78.8'dir. 2. Basamakta çalışan hekimlerin bir günde 101 -250 hastaya hizmet verme oranı % 16.5 iken, 1. ve 3. Basamakta çalışan hekimlerde bu oran sırasıyla % 8.8 ve % 2.7'dir (Tablo 15).

Araştırmaya katılan hekimlerin bir ay içinde hizmet verdiği zoonotik hasta sayıları Tablo 16'da gösterilmiştir.

**Tablo 16. Araştırmaya katılan hekimlerin bir ay içinde hizmet verdiği zoonotik hasta sayıları\***

Bir Ay İçinde Hizmet Verilen Zoonotik Hasta Sayısı	Sayı	%
0 - 1	63	25.5
2 - 3	99	40.1
4+	85	34.4
<b>Toplam</b>	<b>247</b>	<b>100.0</b>

\* Sorulara yanıt verenler üzerinden değerlendirilme yapılmıştır.

Araştırmaya katılan hekimlerin bir ay içinde hizmet verdiği zoonotik hasta sayısının %40.1 oranında 2-3 hasta olduğu tespit edilmiştir (Tablo 16).

Araştırmaya katılan hekimlerin kendilerinin veya yakınlarının zoonotik hastalık geçirme durumları Tablo 17'de verilmiştir.

**Tablo 17. Araştırmaya katılan hekimlerin kendilerinin veya yakınlarının zoonotik hastalık geçirme durumları\***

Zoonotik Hastalık öyküsü	Evet		Hayır		Bilmiyorum		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Daha Önce Zoonotik Hastalık Geçirdiniz mi?	21	2.1	958	95.9	20	2.0	999	100.0
Daha Önce Birinci Derece Yakınınız Zoonotik Hastalık Geçirdi mi?	82	8.2	919	91.8	-	-	1001	100.0

\* Sorulara yanıt verenler üzerinden değerlendirilme yapılmıştır.

“Daha önce zoonotik hastalık geçirdiniz mi?” sorusuna yanıt veren 999 hekimden 21’i bu soruyu “Evet” olarak yanıtlarken, “Daha önce birinci derece yakınınız zoonotik hastalık geçirdi mi” sorusunu yanıtlayan 1001 hekimden 82’si “Evet” demiştir (Tablo 17).

Daha önce zoonotik hastalık geçirdiğini söyleyen 21 hekime hangi hastalıkları geçirdiği sorulduğunda, bu soruya 18 hekim yanıt vermiştir. Yanıtlar Tablo 18’ de verilmiştir.

**Tablo 18. Araştırmaya katılan hekimlerin geçirdiği zoonotik hastalıklar\***

Hekimlerin Geçirdiği Zoonotik Hastalıklar	Sayı	%
Brusella	7	39.2
Tüberküloz	2	11.1
Toxoplazmoz	2	11.1
Kist Hidatik	2	11.1
E.Histolitica	1	5.5
Entereobiyazis	1	5.5
Giyardiyazis	1	5.5
Scabies	1	5.5
Kuduz Şüpheli Isırık	1	5.5
<b>Toplam</b>	<b>18</b>	<b>100.0</b>

\* Sorulara yanıt verenler üzerinden değerlendirilme yapılmıştır.

Tablo 18 incelendiğinde, zoonotik hastalık geçirdiğini söyleyen hekimlerin 1/3'ünün brusella geçirdiği görülmektedir. Hekimlerin yanıtları arasında yer alan Uyuz (Scabies, Sarcoptes Scabiei), paraziter bir hastalık olup, insanlara geçebilen zoonotik karakterde bir hastalıktır. Yine yanıtlar arasında yer alan, tüberkülozun en yaygın tipi olan Mycobacterium Tuberculosis, insanlar arasında yaygın enfeksiyona neden olup, tüberküloz alt tiplerinden, Sığır Tüberkülozu (Mycobacterium Bovis) zoonotik bir hastalıktır. Ancak hekimlerin yanıtları arasında ayrıntısı belirtilmediğinden tüberküloz ve scabies yanıtları zoonotik hastalık olarak kabul edilmiş ve tabloda yer verilmiştir

Daha önce 1. derece yakınlarının zoonotik hastalık geçirdiğini söyleyen 82 hekime hangi hastalıkları geçirdiği sorulduğunda, bu soruya 63 hekim yanıt vermiştir. Yanıtlar Tablo 19 da sunulmuştur.

**Tablo 19. Araştırmaya katılan hekimlerin 1. derece yakınlarının geçirdiği zoonotik hastalıklar\***

<b>Hekimlerin 1.derece Yakınlarının Geçirdiği Zoonotik Hastalıklar</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Brusella	32	50.8
Kuduz Şüpheli Isırık	7	11.1
Kist Hidatik	6	9.5
Tüberküloz	5	7.9
Salmonella	4	6.4
Domuz Gribi	2	3.2
Bit	1	1.6
A.Dizanteri	1	1.6
E.Histolitica	1	1.6
Enterobiyaz	1	1.6
Şarbon	1	1.6
Uyuz	1	1.6
Toxoplazmoz	1	1.6
<b>Toplam</b>	<b>63</b>	<b>100.0</b>

\* Soruya yanıt verenler üzerinden değerlendirilmiştir.



Tablo 19'a göre; birinci derece yakınının zoonotik hastalık geçirdiğini söyleyen hekimlerin yarısının brusella geçirdiği, bunu kuduz şüpheli ısırığın takip ettiği anlaşılmıştır.

Araştırmaya katılan hekimlerin zoonotik hastalıklarla ilgili bir araştırmanın/çalışmanın içinde yer alma durumları Tablo 20'de verilmiştir.

**Tablo 20. Araştırmaya katılan hekimlerin zoonotik hastalıklarla ilgili bir araştırmanın/çalışmanın içinde yer alma durumu\***

<b>Daha önce zoonotik hastalıklarla ilgili herhangi bir çalışmanın/araştırmanın içinde yer aldınız mı?*</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Evet	59	5.9
Hayır	942	94.1
<b>Toplam</b>	<b>1001</b>	<b>100.0</b>

\*Soruya yanıt verenler üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

Tablo 20 incelendiğinde; daha önce zoonotik hastalıklarla ilgili çalışmanın / araştırmanın içinde yer aldığını söyleyen 59 hekim olduğu anlaşılmıştır. Hekimlere nasıl bir çalışmada buldukları sorulduğunda, 52 hekimin yanıt verdiği görülmüştür. Yanıtlar irdelendiğinde 33 hekimin zoonotik hastalıklarla ilgili bilimsel bir çalışma içinde yer aldığı, 11 hekimin zoonotik hastalıklarla ilgili bir salgın çalışmasında yer aldığı, 4 hekimin zoonotik hastalıklarla ilgili eğitim çalışmasında görev aldığı, 4 hekimin de zoonotik olmayan durumlarda çalıştığını ifade ettiği anlaşılmıştır.

Araştırmaya katılan hekimlerin zoonotik hastalıklar içinde bildirim zorunlu olan hastalık varlığını belirtme durumları Tablo 21'de gösterilmiştir.

**Tablo 21. Araştırmaya katılan hekimlerin zoonotik hastalıkların bildirimde zorunluluk olmasını belirtme durumu\***

<b>Zoonotik Hastalıklar içinde bildirim zorunlu olan var mıdır?</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Evet	711	75.0
Hayır	84	8.9
Bilmiyorum	153	16.1
<b>Toplam</b>	<b>948</b>	<b>100.0</b>

\*Soruya yanıt verenler üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

Zoonotik hastalıklar içinde bildirim zorunlu hastalık olması durumuna soruyu yanıtlayan 948 hekimden 711'i "Evet" derken, 153'ü "Bilmiyorum" demiştir (Tablo 21).

Araştırmaya katılan hekimlerin görev yaptıkları süre boyunca zoonotik hastalıklar için tanı koyma durumları Tablo 22'de gösterilmiştir.

**Tablo 22. Araştırmaya katılan hekimlerin zoonotik hastalıklara tanı koyma durumu\***

<b>Şu ana dek herhangi bir zoonotik hastalık için tanı koydunuz mu?</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Evet	477	49.9
Hayır	479	50.1
<b>Toplam</b>	<b>956</b>	<b>100.0</b>

\*Soruya yanıt verenler üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

Araştırmaya katılan hekimlerde zoonotik hastalıklar için tanı koyduğunu söyleyenler % 49.9 iken, tanı koymadığını söyleyenlerin oranı % 50.1'dir (Tablo 22).

Araştırmaya katılan hekimlerin zoonotik hastalıklar için bildirim yapma durumu Tablo 23'de gösterilmiştir.

**Tablo 23. Araştırmaya katılan hekimlerin zoonotik hastalıklar için bildirim yapma durumu\***

<b>Herhangi bir zoonotik hastalık için bildirim yaptınız mı?</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Evet	301	31.3
Hayır	661	68.7
<b>Toplam</b>	<b>962</b>	<b>100.0</b>

\*Soruya yanıt verenler üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

Tablo 23 incelendiğinde, herhangi bir zoonotik hastalık için bildirim yaptınız mı? sorusuna "Evet" diyen 301 hekim olduğu görülmüştür. Evet cevabını verenlere "Hangilerini bildirdiniz?" diye sorulduğunda hekimlerin bir ya da birden fazla zoonotik hastalık hakkında bildirim yaptıkları anlaşılmıştır. 17 zoonotik hastalık hakkında 412 hekimin bildirim yaptığı görülürken, 14 zoonotik olmayan hastalık hakkında da 56 hekimin bildirim yaptığı tespit edilmiştir. Zoonoz olan ve olmayan hastalıklar hakkında bildirim yaptığını söyleyen hekimlerin bildirdiği bazı hastalıklar Tablo 24 ve Tablo 25 de gösterilmiştir.

**Tablo 24. Araştırmaya katılan hekimlerin bildirimde bulunduğu zoonotik hastalıklardan en fazla bildirimde bulunulan hastalıklar ve bildirim yapan hekim sayısı\***

<b>Bildirimi yapılan hastalık</b>	<b>Bildirim yapan hekim sayısı (n)</b>	<b>Yüzde %</b>
Brusella	182	44.2
Kırım Kongo Kanamalı Ateşi	51	12.4
Kuduz Şüpheli Isırık	42	10.2
Tularemi	34	8.2
Şarbon	33	8.0
Kist Hidatik	23	5.6
Rikets	22	5.3

\*Toplamda 412 hekim, 17 zoonotik hastalık hakkında bir ya da birden fazla bildirimde bulunduğunu ifade etmiştir. Bu tabloya en sık bildirilen ilk 6'sı alınmıştır.

Tablo 24 incelendiğinde Trakya bölgesinde çalışan ve araştırmaya katılan hekimlerin en fazla brusella hastalığını (% 44.2) bildirdiği söylediği, bunu kırım kongo kanamalı ateşi ve kuduz şüpheli ısırık vakalarının takip ettiği anlaşılmıştır.

**Tablo 25. Araştırmaya katılan hekimlerin zoonotik hastalık olduğunu düşünerek bildirimde bulunduğu hastalıklar ve bildirim yapan hekim sayısı**

<b>Bildirimi yapılan hastalık</b>	<b>Bildirim yapan hekim sayısı (n)</b>	<b>Yüzde %</b>
Uyuz	11	19.6
Grip	7	12.5
Tüberküloz	6	10.7
Hepatit	6	10.7
Sıtma	5	8.9
Kene Tutması	5	8.9

\*Toplamda 56 hekim, 14 zoonotik olmayan hastalık hakkında, zoonotik hastalık olduğunu düşünerek bir ya da birden fazla bildirimde bulunduğunu ifade etmiştir. Bu tabloya en sık bildirilen ilk 6'sı alınmıştır.

Tablo 25'e göre; Trakya bölgesinde çalışan ve araştırmaya katılan hekimlerin uyuz, grip, tüberküloz vb hastalıkları zoonoz olarak kabul edip bildirdiği anlaşılmaktadır. İfade edilen hastalıklardan bazıları paraziter hastalık olup, bazıları da zoonotik karakterdeki hastalıklardır. Hepatit ve grip dışındaki hastalıkların alt tipleri zoonotik karakterde olduğundan zoonoz olarak da kabul edilebilir. Ancak bu tabloda hekimler tarafından ayrıntısı belirtilmediği için zoonoz olmayan hastalıklar olarak kabul edilerek listelenmiştir.

Zoonotik hastalıklar için tanı koyduğunu söyleyen (Tablo 22) hekimlerin, bildirim yapma durumları Tablo 26'da sorgulanmıştır.

**Tablo 26. Zoonoz tanısı koydum diyen hekimlerin bildirim yapma durumu\***

<b>Herhangi bir zoonotik hastalık için bildirim yaptınız mı?</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Evet</b>	276	58.4
<b>Hayır</b>	197	41.6
<b>Total</b>	<b>473</b>	<b>100.0</b>

\*Soruya yanıt verenler üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

Tablo 26'de, Zoonotik hastalıklar için tanı koydunuz mu sorusuna "Evet" diyen 477 hekimin, bildirim yapma durumları irdelendiğinde 276'sının (% 58.4) bildirim yaptığını söyledikleri görülmüştür.

Zoonotik hastalık bildirimini yaptığını söyleyen hekimlere, bildirim yaparken yararlandığınız kaynak, rehber olup olmadığı sorulmuş yanıtlar Tablo 27'de sunulmuştur. Bildirim yaptığını söyleyen 3 kişi bu soruyu yanıtlamamıştır.

**Tablo 27. Zoonotik hastalıklar için bildirim yapan hekimlerin kaynak/rehberlerden yararlanma durumu**

<b>Bildirim yaparken yararlandığınız kaynak, rehber oldu mu?</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Evet</b>	138	46.3
<b>Hayır</b>	160	53.7
<b>Toplam</b>	<b>298</b>	<b>100.0</b>

Zoonotik hastalıkların bildiriminde kaynak/rehber kullananların, hangi kaynak/rehberi kullandıkları sorusunun cevabı Tablo 28’de verilmiştir.

**Tablo 28. Araştırmaya katılan hekimlerin zoonotik hastalık bildiriminde kullandıkları kaynak ve rehberler**

<b>Kaynak ve rehberler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Sağlık Bakanlığı-Ulusal Bildirimi Zorunlu Hastalık Rehberi	87	73.2
Zoonotik Hastalıklar Hizmet İçi Eğitim Modül Kitabı	13	10.9
014 Bildirimi Zorunlu Hastalıklar Fişi / Formu	7	5.9
Textbook / Kitaplar	5	4.2
Enfeksiyon Kliniği	4	3.3
İnternet	3	2.5
<b>Toplam</b>	<b>119</b>	<b>100.0</b>

\*Soruya yanıt verenler üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

Tablo 28’in değerlendirilmesi ile Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberi’nin zoonotik hastalıkların bildiriminde % 73.2 oranında ana kaynak/rehber olarak kullanıldığı görülmüştür.

## **II. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi ile Edirne, Kırklareli, Tekirdağ illerindeki Aile Sağlığı Merkezleri, Devlet Hastaneleri ve Özel Hastanelerde Çalışan Hekimlerin Zoonotik Hastalıklara Yaklaşımlarının ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi**

Araştırmaya katılan hekimlere “Zoonotik hastalığı olan kişilere hizmet verirken zorlandığınız alanları önem sırasına göre 1’den başlayarak sıralayınız.” denildiğinde, birinci önem sırasına göre sıralanmış olan zorlanılan alanlar Tablo 29’da gösterilmiştir.

**Tablo 29. Araştırmaya katılan hekimlerin zoonotik hastalığı olan kişilere hizmet verirken zorlandıkları, 1. önem sırasına göre sıralanmış alanlar\***

<b>Birinci Öncelikli Zorlanılan Alanlar</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
1. Hastaların yanlış / eksik bilgi vermeleri	274	33.5
2.Laboratuvar olanakları	145	17.7
3. Ayırıcı tanı	75	9.2
4.Hastaların tedaviye uyumsuzlukları	60	7.3
5.Mesleki eğitim	54	6.6
6.Zaman yetersizliği	52	6.4
7.Hasta eğitimleri	51	6.2
8.Diğer kurumları harekete geçirme	21	2.6
9.Filyasyon	21	2.6
10.Muayene	20	2.4
11.İhbar / Bildirim	19	2.3
12.Tedavi hizmetleri	16	2.0
13.Bağışıklama hizmetleri	10	1.2
<b>Toplam</b>	<b>818</b>	<b>100.0</b>

\*Soruya yanıt verenler üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

Tablo 29’da da görüldüğü gibi araştırmaya katılan hekimlerin zoonotik hastalığı olan kişilere hizmet verirken zorlandığı 1. öncelikli alanlar sıralandığında; % 33.5 ile hastaların yanlış/eksik bilgi vermelerinin ilk sırada olduğu, bunu % 17.7 ile laboratuvar olanakları ve % 9.2 ile ayırıcı tanı konularındaki zorluklar izlemektedir.

Araştırmaya katılan hekimlere “Zoonotik hastalığı olan kişilere hizmet verirken zorlandığınız alanları önem sırasına göre 1'den başlayarak sıralayınız.” denildiğinde, ikinci önem sırasına göre sıralanmış olan zorlanılan alanlar Tablo 30’da gösterilmiştir.

**Tablo 30. Araştırmaya katılan hekimlerin zoonotik hastalığı olan kişilere hizmet verirken zorlandıkları, 2. önem sırasına göre sıralanmış alanlar\***

<b>İkinci Öncelikli Zorlanılan Alanlar</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
1.Hastaların tedaviye uyumsuzlukları	164	20.1
2. Hastaların yanlış/eksik bilgi vermeleri	142	17.4
3.Laboratuvar olanakları	123	15.1
4. Ayırıcı tanı	107	13.1
5.Hasta eğitimleri	54	6.6
6.Mesleki eğitim	50	6.1
7.Zaman yetersizliği	40	4.9
8.İhbar / Bildirim	34	4.2
9.Muayene	31	3.8
10.Diğer kurumları harekete geçirme	28	3.4
11.Filyasyon	17	2.1
12.Tedavi hizmetleri	14	1.7
13.Bağışıklama hizmetleri	12	1.5
<b>Toplam</b>	<b>816</b>	<b>100.0</b>

\*Soruya yanıt verenler üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

Tablo 30 değerlendirildiğinde; hekimlerin zoonotik hastalığı olan kişilere hizmet verirken zorlandığı 2. öncelikli olarak gördüğü alanlar sıralandığında, % 20.1 ile hastaların tedaviye uyumsuzluklarının ilk sırada olduğu, bunu % 17.4 ile hastaların yanlış/eksik bilgi vermeleri, % 15.1 ile laboratuvar olanaklarının kısıtlılığı zorluklarının izlediği görülmektedir.

Araştırmaya katılan hekimlere “Zoonotik hastalığı olan kişilere hizmet verirken zorlandığınız alanları önem sırasına göre 1'den başlayarak sıralayınız.” denildiğinde, üçüncü önem sırasına göre sıralanmış olan zorlanılan alanlar Tablo 31’de gösterilmiştir.

**Tablo 31. Araştırmaya katılan hekimlerin zoonotik hastalığı olan kişilere hizmet verirken zorlandıkları, 3. önem sırasına göre sıralanmış alanlar\***

<b>Üçüncü Öncelikli Zorlanılan Alanlar</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
1.Laboratuvar olanakları	132	16.4
2.Ayırıcı tanı	112	13.9
3.Hastaların tedaviye uyumsuzlukları	111	13.8
4.Hastaların yanlış/eksik bilgi vermeleri	100	12.4
5.Hasta Eğitimleri	78	9.7
6.Diğer kurumları harekete geçirme	51	6.3
7.Zaman yetersizliği	50	6.2
8.Muayene	49	6.1
9.Tedavi hizmetleri	39	4.8
10.İhbar / Bildirim	30	3.7
11.Mesleki Eğitim	27	3.3
12.Bağışıklama hizmetleri	20	2.5
13.Filyasyon	8	1.0
<b>Toplam</b>	<b>807</b>	<b>100.0</b>

\*Soruya yanıt verenler üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

Tablo 31'in değerlendirilmesinde araştırmaya katılan hekimlerin zoonotik hastalığı olan kişilere hizmet verirken zorlandığı 3. öncelikli olarak gördüğü alanlar sıralandığında, % 16.4 ile laboratuvar olanaklarının ilk sırada olduğu, bunu % 13.9 ile ayırıcı tanı konusundaki zorlukların, % 13.8 ile hastaların tedaviye uyumsuzlukları konusundaki zorlukların izlediğini ifade ettikleri görülmüştür.

Kırklareli, Edirne ve Tekirdağ illerinde çalışan ve araştırmaya katılan hekimlerin hizmet verdikleri bölgede var olduğunu düşündükleri zoonotik hastalıklar listesi Tablo 32'de verilmiştir.

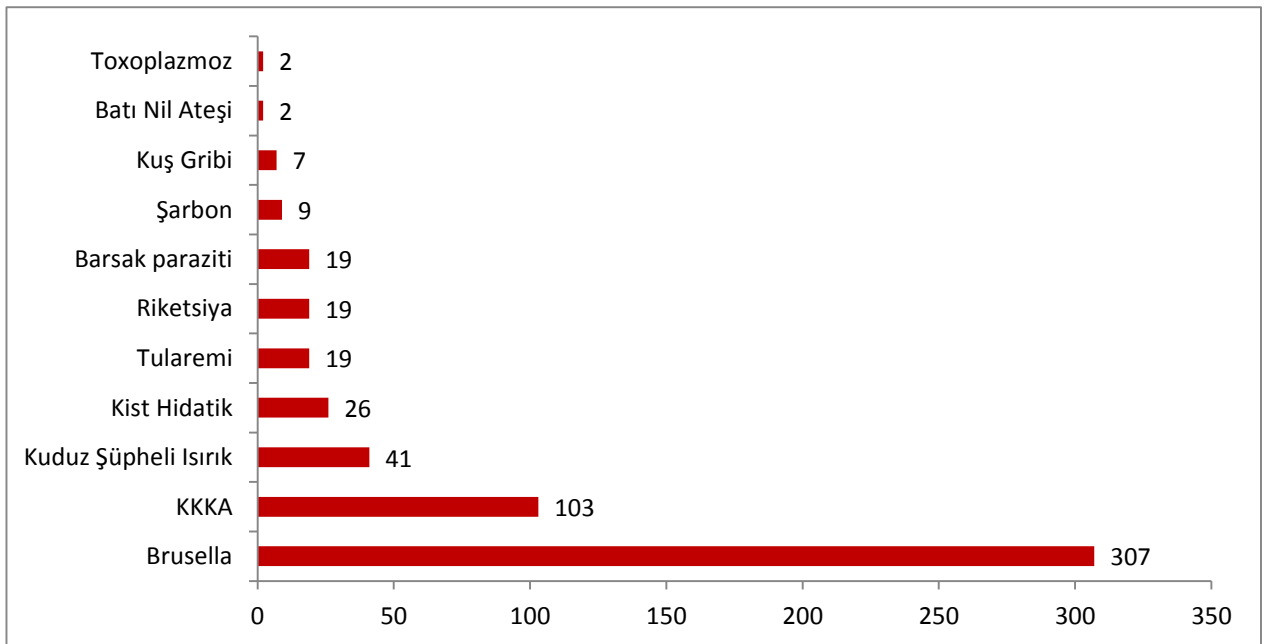


**Tablo 32. Trakya Bölgesi'nde çalışan, araştırmaya katılan hekimlerin bölgede var olduğunu düşündükleri zoonotik hastalıklar\***

<b>Zoonotik hastalıklar</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Brusella	307	55.5
KKKA	103	18.6
Kuduz Şüpheli Isırık	41	7.4
Kist Hidatik	26	4.7
Tularemi	19	3.4
Riketsiya	19	3.4
Barsak paraziti	19	3.4
Şarbon	9	1.7
Kuş Gribi	7	1.3
Batı Nil Ateşi	2	0.3
Toxoplazmoz	2	0.3
<b>Toplam</b>	<b>554</b>	<b>100.0</b>

\*Soruya yanıt verenler üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

Tablo 32'de araştırmaya katılan hekimlerin hizmet verdikleri bölgede var olduğunu düşündükleri zoonotik hastalıklar listesinde Brusella hastalığının ilk sırada olduğu (% 55.5), bunu KKKA (% 18.6) ve Kuduz Şüpheli Isırık (% 7.4) takip ettiği görülmüştür. Trakya İllerinde hekimlerce var olduğu düşünülen hastalıklar Şekil 12'de de gösterilmiştir.



**Şekil 12. Araştırmaya katılan hekimlerin Trakya bölgesinde var olduğunu düşündükleri zoonotik hastalıklar**

Araştırmaya katılan hekimlere zoonotik hastalıklarla mücadelede aklınıza gelen önerileri yazın diye sorulmuş, yanıtlar Tablo 33’de gösterilmiştir.

**Tablo 33. Araştırmaya katılan hekimlerin zoonozlarla mücadele konusundaki önerileri\***

<b>Öneriler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Eğitim-Bilgilendirme Yapılmalı	242	49.6
Hayvan Sağlığı Çalışmaları Güçlendirilmeli (korunma, çiğ et/süt tüketmemeye, kenelerle mücadele, sokak köpeklerine kısırlaştırma, tedavi vb önlem,)	44	9.1
Çevre Temizliği Yapılmalı (ilaçlama, su sanitasyonu, alt yapı, bataklık kurutma vs)	42	8.6
Hijyen Kurallarına Uyulmalı	37	7.6
Bulaşın Önlenmesi Sağlanmalı (izolasyon / tecrit/ karantina / itlaf / çiftçilere hayvancılara tarama yapılması)	33	6.8
İnsan / hayvan bağışıklaması yapılmalı	31	6.3
Tanı, tedavi, ayırıcı tanı, laboratuvar olanakları arttırılmalı	24	4.9
Halk sağlığı çalışmaları güçlendirilmeli	15	3.1
Bildirim sistemi güçlendirilmeli	13	2.6
Kurumlararası işbirliği arttırılmalı	4	0.8
Medyanın rolü arttırılmalı	3	0.6
<b>Toplam</b>	<b>488</b>	<b>100.0</b>

\*Soruya yanıt verenler üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

Araştırmaya katılan hekimlerin zoonotik hastalıklarla mücadelede konusunda ilk sıradaki “Eğitim-Bilgilendirme Yapılmalı” önerisi, önerilerin yaklaşık yarısı olup, bu öneriyi hayvanlardan korunmalı, çiğ et/süt tüketmemeli, paçalara çorap uygulaması yapılmalı,

kenelerle mücadele edilmeli vb izlemektedir. Kurumlararası işbirliği ve medyanın rolünün artırılması önerileri sayıca az olsa da dikkate değer öneriler olarak görülmektedir.

Araştırmaya katılan hekimlerin son bir yıl içinde zoonotik hastalıklar hakkında eğitim alma durumu Tablo 34’de incelenmiştir.

**Tablo 34. Araştırmaya katılan hekimlerin son bir yıl içinde zoonotik hastalıklar hakkında eğitim alma durumu\***

Son bir yıl içinde herhangi bir zoonotik hastalık hakkında eğitim aldınız mı?	Sayı	%
Evet	283	37.7
Hayır	467	62.3
<b>Toplam</b>	<b>750</b>	<b>100.0</b>

\*Soruya yanıt verenler üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

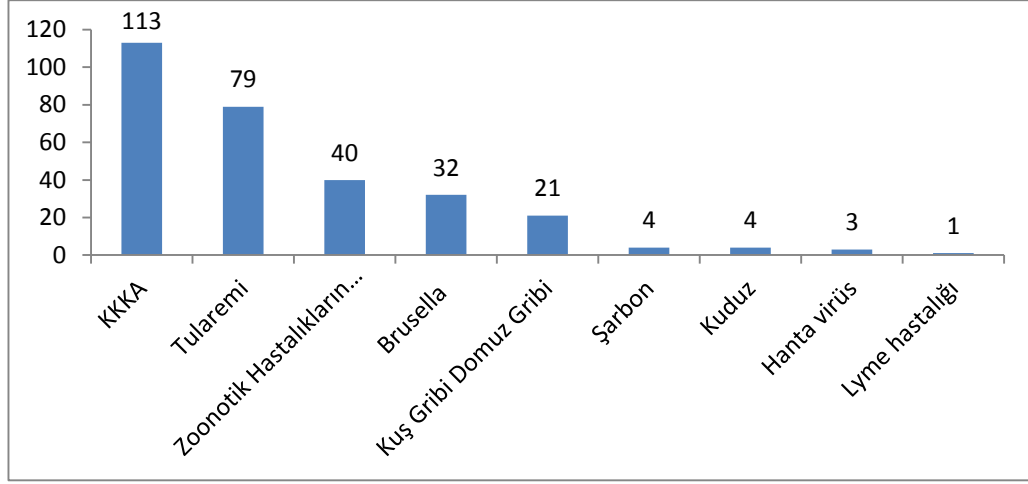
Araştırmaya katılan hekimlerin son 1 yıl içinde zoonotik hastalıklar hakkında eğitim alma durumları sorgulandığında soruya yanıt verenlerin % 62.3’ünün eğitim almadıkları anlaşılmıştır.

Araştırmaya katılan hekimlerin son 1 yıl içinde zoonotik hastalıklar hakkında aldığı eğitimler Tablo 35 ve Şekil 13’te gösterilmiştir.

**Tablo 35. Araştırmaya katılan hekimlerin son bir yıl içinde zoonotik hastalıklar hakkında aldığı eğitimler\***

Hakkında eğitim alınan zoonozlar	Sayı	%
KKKA	113	38.1
Tularemî	79	26.6
Zoonotik Modül Eğitimi ile hepsi	40	13.5
Brusella	32	10.8
Kuş Gribi / Domuz Gribi	21	7.1
Şarbon	4	1.3
Kuduz	4	1.3
Hanta virüs	3	1.0
Lyme hastalığı	1	0.3
<b>Toplam</b>	<b>297</b>	<b>100.0</b>

\*Bazı katılımcılar birden fazla konuda eğitim aldıklarını belirtmişlerdir.



**Şekil 13. Trakya’da çalışan hekimlerin son bir yıl içinde eğitim aldığı zoonotik hastalıklar**

Son bir yıl içinde zoonotik hastalıklar hakkında eğitim aldığını belirten 283 hekime bu eğitimleri nereden aldığı sorulduğunda Tablo 36’deki veriler elde edilmiştir.

**Tablo 36. Trakya’da çalışan, araştırmaya katılan hekimlerin zoonotik hastalıklarla ilgili eğitim aldığı yerler**

Son bir yıl içinde zoonotik hastalıklar hakkında eğitim alınan yerler	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yazılı Basın	45	15.9	238	84.1	283	100.0
Radyo	12	4.2	271	95.8	283	100.0
TV	43	15.2	240	84.8	283	100.0
Enfeksiyon Komiteleri	63	22.3	220	77.7	283	100.0
Tarım Müdürlüğü	2	0.7	281	99.3	283	100.0
Kitap	40	14.1	243	85.9	283	100.0
Kongre-Sempozyum	66	23.3	217	76.7	283	100.0
Üniversite	47	16.6	236	83.4	283	100.0
Uzmanlık Dernekleri	24	8.5	259	91.5	283	100.0
Sağlık Müdürlüğü	201	71.0	82	29.0	283	100.0
Sürelî Yayınlar	40	14.1	243	85.9	283	100.0
Türk Tabipleri Birliği	16	5.7	265	94.3	281*	100.0

\* 2 kişi bu soruya yanıt vermemiştir.

Son bir yıl içinde zoonotik hastalıklar hakkında eğitim aldığını belirten hekimler bu eğitimleri sırasıyla % 71 oranında Sağlık Müdürlüğü, % 23.3 kongre ve sempozyumlardan, % 22.3 oranında enfeksiyon komitelerinden aldığını ifade etmiştir (Tablo 36).

Araştırmaya katılan hekimlere, zoonotik hastalıklarla ilgili çalışmalarını yürüten ya da yürüttüğünü düşündüğünüz kurum ve kuruluşları öncelik sırasına göre yazınız diye sorulmuş, belirtilen yanıtlar 1. öncelik sırasına göre Tablo 37’de, 2. öncelik sırasına göre Tablo 38’da, 3. öncelik sırasına göre Tablo 39’da sunulmuştur.

**Tablo 37. Araştırmaya katılan hekimlerin zoonotik hastalıklarla ilgili çalışmalarını yürüten/yürüttüğünü 1.öncelikli olarak düşündükleri kurum ve kuruluşlar**

<b>Son zamanlarda Zoonotik Hastalıklarla ilgili çalışmalarını yürüttüğü 1.öncelikli olarak düşünülen kurum ve kuruluşlar</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlar	375	80.8
Tıp Fakültesi Hastaneleri ve Üniversiteler	60	12.9
Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlar	15	3.2
Diğer	14	3.0
<b>Toplam</b>	<b>464</b>	<b>100.0</b>

Araştırmaya katılan hekimlere, zoonotik hastalıklarla ilgili çalışmalarını yürüten ya da yürüttüğünü düşündüğünüz kurum ve kuruluşları 1.öncelik sırasına göre sıralayın denildiğinde ilk akla gelenin Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları olduğu (% 80.8), bunu Tıp Fakültesi hastaneleri ve üniversitelerin (% 12.9) izlediği görülmüştür (Tablo 37).

Araştırmaya katılan hekimlerin, zoonotik hastalıklarla ilgili çalışmalarını yürüten ya da yürüttüğünü düşündükleri kurum ve kuruluşları 2.öncelik sırasına göre sıralamaları Tablo 38’de verilmiştir.

**Tablo 38. Araştırmaya katılan hekimlerin zoonotik hastalıklarla ilgili çalışmalarını yürüten/yürüttüğünü 2.öncelikli olarak düşündükleri kurum ve kuruluşlar \***

<b>Son zamanlarda Zoonotik Hastalıklarla ilgili çalışmalarını yürüttüğü 2.öncelikli olarak düşünülen kurum ve kuruluşlar</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlar	131	44.6
Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlar	80	27.2
Tıp Fakültesi Hastaneleri ve Üniversiteler	55	18.7
Diğer	28	9.5
<b>Toplam</b>	<b>294</b>	<b>100.0</b>

\*Soruya yanıt verenler üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

Araştırmaya katılan hekimlere, zoonotik hastalıklarla ilgili çalışmalarını yürüten ya da yürüttüğünü düşündüğünüz kurum ve kuruluşları 2.öncelik sırasına göre sıralayın denildiğinde ilk akla gelenin Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları olduğu (% 44.6), bunu Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının (% 27.2) izlediği görülmüştür (Tablo 38).

Araştırmaya katılan hekimlerin, zoonotik hastalıklarla ilgili çalışmalarını yürüten ya da yürüttüğünü düşündükleri kurum ve kuruluşları 3.öncelik sırasına göre sıralamaları Tablo 39'da verilmiştir.

**Tablo 39. Araştırmaya katılan hekimlerin zoonotik hastalıklarla ilgili çalışmalarını yürüten/yürüttüğünü 3.öncelikli olarak düşündükleri kurum ve kuruluşlar**

<b>Son zamanlarda Zoonotik Hastalıklarla ilgili çalışmalarını yürüttüğü 3.öncelikli olarak düşünülen kurum ve kuruluşlar</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlar	39	28.1
Tıp Fakültesi Hastaneleri ve Üniversiteler	37	26.6
Diğer	34	24.5
Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlar	29	20.9
<b>Toplam</b>	<b>139</b>	<b>100.0</b>

Araştırmaya katılan hekimlere, zoonotik hastalıklarla ilgili çalışmalarını yürüten ya da yürüttüğünü düşündüğünüz kurum ve kuruluşları 3.öncelik sırasına göre sıralayın denildiğinde

ilk akla gelenin Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının olduğu (% 28.1), bunu Tıp Fakültesi Hastaneleri ve Üniversitelerin (% 26.6) izlediği görülmüştür (Tablo 39).

Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberine, kesin tanı, laboratuvar veya numune alma aşamalarında başvuranların, son bir yıl içinde herhangi bir zoonotik hastalık hakkında eğitim alma durumları Tablo 40’da değerlendirilmiştir.

**Tablo 40. Sağlık Bakanlığı Rehberine başvuranların son 1 yıl içinde eğitim alma durumları**

Son 1 yıl içinde eğitim alma durumu	Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberine kesin tanı veya laboratuvar veya numune alma aşamalarında başvuruyorum. §						
	Hayır		Evet		Toplam		p χ
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Eğitim aldım	65	33.9	162	43.0	227	39.9	0,036†  4,409
Eğitim almadım	127	66.1	215	57.0	342	60.1	
<b>Toplam</b>	<b>192</b>	<b>100.0</b>	<b>377</b>	<b>100.0</b>	<b>569</b>	<b>100.0</b>	

§ Sorulara yanıt verenler üzerinden değerlendirilme yapılmıştır.

Tablo 40 incelendiğinde, “Son bir yıl içinde herhangi bir zoonotik hastalık hakkında eğitim aldım” yanıtını veren hekimlerin, almamış olanlara göre Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberine başvurma oranları istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur (p:0.036).

Son bir yıl içinde zoonotik hastalıklar konusunda eğitim aldığını belirten hekimlerin çalıştığı Basamaklara göre dağılımları Tablo 41’de gösterilmiştir.

**Tablo 41. Hekimlerin çalıştığı basamağa göre son bir yıl içinde zoonotik hastalıklar konusunda eğitim aldığını belirtme durumları**

Çalışılan Basamak	Son bir yıl içinde herhangi bir zoonotik hastalık hakkında eğitim aldınız mı? §						p
	Evet		Hayır		Toplam		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	χ
<b>1. Basamak</b>	160	56.5	155	33.2	315	42.0	<b>&lt;0.001†</b> <b>40.329</b>
<b>2. Basamak</b>	81	28.6	189	40.5	270	36.0	
<b>3. Basamak</b>	42	14.8	123	26.3	165	22.0	
<b>Toplam</b>	<b>283</b>	<b>100.0</b>	<b>467</b>	<b>100.0</b>	<b>750</b>	<b>100.0</b>	

§ Sorulara yanıt verenler üzerinden değerlendirilme yapılmıştır.

Hekimlerin son bir yıl içinde zoonotik hastalıklar konusunda eğitim aldıklarını belirtme durumları çalıştıkları basamağa göre değişmektedir ( $p < 0.001$ ). Eğitim aldığını belirten hekimlerin yaklaşık yarısının (% 56.5) birinci basamakta çalışan hekimler olduğu görülmektedir (Tablo 41).

Araştırmaya katılan hekimlerin, çalıştığı basamaklara göre Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberini kullanma durumları Tablo 42’de gösterilmiştir.



**Tablo 42. Araştırmaya katılan hekimlerin çalıştığı basamaklara göre Sağlık Bakanlığı Rehberini kullanma durumları**

Çalışılan Basamak	Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberini kesin tanı veya laboratuvar veya numune alma aşamalarında kullanıyorum §						p χ
	Evet		Hayır		Toplam		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
<b>1. Basamak</b>	83	32.0	214	44.7	297	40.2	<b>0.001 13.659</b>
<b>2. Basamak</b>	110	42.5	146	30.5	256	34.7	
<b>3. Basamak</b>	66	25.5	119	24.8	185	25.1	
<b>Toplam</b>	<b>259</b>	<b>100.0</b>	<b>479</b>	<b>100.0</b>	<b>738</b>	<b>100.0</b>	

§ Sorulara yanıt verenler üzerinden değerlendirilme yapılmıştır.

Araştırmaya katılan hekimlerin, çalıştığı basamaklara göre Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberini kullanma oranları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Rehberi kullandığını belirten hekimlerin yaklaşık yarısının (% 44.7) Birinci Basamakta çalışan hekimler olduğu görülmektedir (Tablo 42).

Bu verilerden yola çıkarak eğitim almak ve rehber kullanımı arasında saptanan istatistiksel farklılıkta hekimlerin birinci Basamakta çalışıyor olma durumlarının karıştırıcı faktör olma olasılığı düşünülerek Basamağa göre tabakalandırma yapıldıktan sonra rehber kullanımının ve son bir yıl içinde eğitim alma durumları değerlendirilmiş, sonuçlar Tablo 43’de sunulmuştur.

**Tablo 43. Araştırmaya katılan hekimlerin rehber kullanımı ve eğitim alma durumunun çalışılan Basamağa göre dağılımı**

Çalışılan Basamak	Eğitim alma durumu	Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberini kesin tanı veya laboratuvar veya numune alma aşamalarında kullanma durumu ‡§							
		Yanıt	Kullanmıyorum		Kullanıyorum		Toplam		P χ
			Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
1. Basamak	Eğitim aldınız mı?	Evet	34	49.3	97	53.9	131	52.6	0.514 0.426
		Hayır	35	50.7	83	46.1	118	47.4	
	<b>Toplam</b>		<b>69</b>	<b>100.0</b>	<b>180</b>	<b>100.0</b>	<b>249</b>	<b>100.0</b>	
2. Basamak	Eğitim aldınız mı?	Evet	20	25.0	42	35.6	62	31.3	0.115 2.487
		Hayır	60	75.0	76	64.4	136	68.7	
	<b>Toplam</b>		<b>80</b>	<b>100.0</b>	<b>118</b>	<b>100.0</b>	<b>198</b>	<b>100.0</b>	
3. Basamak	Eğitim aldınız mı?	Evet	11	25.6	23	29.1	34	27.9	0.678 0.173
		Hayır	32	74.4	56	70.9	88	72.1	
	<b>Toplam</b>		<b>43</b>	<b>100.0</b>	<b>79</b>	<b>100.0</b>	<b>122</b>	<b>100.0</b>	
<b>Toplam</b>	Eğitim aldınız mı?	Evet	65	33.9	162	43.0	227	39.9	<b>0.036†</b> <b>4.409</b>
		Hayır	127	66.1	215	57.0	342	60.1	
	<b>Toplam</b>		<b>192</b>	<b>100.0</b>	<b>377</b>	<b>100.0</b>	<b>569</b>	<b>100.0</b>	

‡ soruya verilen 'kararsızım' yanıtları değerlendirme dışında tutulmuştur.

§ Sorulara yanıt verenler üzerinden değerlendirilme yapılmıştır.

Hekimlerin çalışılan Basamağa göre tabakalandırıldıktan sonra Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberini kullanımı ve son bir yıl içinde zoonotik hastalıklar konusunda eğitim alma durumları değerlendirildiğinde; tabakalar arasında herhangi bir farklılık olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ) (Tablo 43).

Birinci Basamakta çalışan hekimler, diğer Basamaklarda çalışan hekimlere göre daha fazla oranda son bir yılda eğitim aldığını belirtmiştir. Yine birinci Basamakta çalışan hekimler, diğer hekimlere göre daha fazla oranda rehber kullandıklarını belirtmişlerdir. Alınan eğitimin

rehber kullanımına etkisi konusunda istatistiksel olarak bir farklılık saptanmamış olmakla birlikte, oransal olarak incelendiğinde, eğitim alan hekimlerin rehberlere başvurma eğilimlerinin arttığı söylenebilir.

Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin “Zoonotik hastalıkların hizmet verdiğim bölgede sorun olduğunu düşünüyorum.” önermesine katılım durumuna etkisi Tablo 44’de gösterilmiştir.

**Tablo 44. Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin 1. önermeye katılma durumuna etkisi**

1. Önerme: Zoonotik hastalıkların hizmet verdiğim bölgede sorun olduğunu düşünüyorum.								
Değişkenler	Evet		Hayır		Toplam		$\chi$	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
<b>Cinsiyet</b>								
Erkek	182	31.5	396	68.5	578	100.0	0.535	0.465
Kadın	116	33.8	227	66.2	343	100.0		
<b>Görev</b>								
Pratisyen	124	29.0	303	71.0	427	100.0	4.066	0.131
Asistan	60	31.7	129	68.3	189	100.0		
Uzman	124	35.8	222	64.2	346	100.0		
<b>Basamak</b>								
1	110	30.1	255	69.9	365	100.0	1.489	0.475
2	110	31.8	236	68.2	346	100.0		
3	88	34.8	165	65.2	253	100.0		
<b>Yer</b>								
İl merkezi	173	31.1	383	68.9	556	100.0	0.421	0.516
İlçe	135	33.1	273	66.9	408	100.0		
<b>Sağlık Kuruluşu Tipi</b>								
Aile hekimliği	109	30.1	253	69.9	362	100.0	1.697	0.638
Devlet Hast.	86	31.6	186	68.4	272	100.0		
Üniversite	89	35.0	165	65.0	254	100.0		
Özel Sağlık Kuruluşu	24	31.6	52	68.4	76	100.0		
<b>Zoonotik Hastalık Geçirme Durumu</b>								
Evet	29	30.9	65	69.1	94	100.0	0.058	0.810
Hayır	279	32.1	591	67.9	870	100.0		
<b>Meslek Yaşamında Herhangi Bir Zoonotik Çalışmaya Katılmış Olma</b>								
Katıldım	37	62.7	22	37.3	59	100.0	27.281	<b>0.000</b>
Katılmadım	271	30.0	633	70.0	904	100.0		

Meslek hayatında zoonotik hastalıklarla ilgili bir araştırma/çalışma içinde bulunan hekimler, zoonotik hastalıkların hizmet verdikleri bölgede sorun olduğunu düşünmektedirler ( $p<0.001$ )(Tablo 44).

Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin “Zoonotik Hastalıkları kolayca teşhis edebiliyorum.” önermesine katılım durumuna etkisi Tablo 45’de gösterilmiştir.

**Tablo 45. Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin 2. önermeye katılma durumuna etkisi**

2.Önerme: Zoonotik Hastalıkları kolayca teşhis edebiliyorum.								
Değişkenler	Katılıyorum		Katılmıyorum		Toplam		$\chi$	P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
<b>Cinsiyet</b>								
Erkek	179	30.8	403	69.2	582	100.0	5.210	<b>0.022</b>
Kadın	131	38.1	213	61.9	344	100.0		
<b>Görev</b>								
Pratisyen	122	28.5	306	71.5	428	100.0	9.768	<b>0.008</b>
Asistan	76	40.0	114	60.0	190	100.0		
Uzman	127	36.5	221	63.5	348	100.0		
<b>Basamak</b>								
1	99	27.0	267	73.0	366	100.0	14.170	<b>0.001</b>
2	122	35.1	226	64.9	348	100.0		
3	105	41.3	149	58.7	254	100.0		
<b>Yer</b>								
İl merkezi	210	37.4	352	62.6	562	100.0	8.163	<b>0.004</b>
İlçe	116	28.6	290	71.4	406	100.0		
<b>Sağlık Kuruluşu Tipi</b>								
Aile hekimliği	98	27.1	264	72.9	362	100.0	14.463	<b>0.002</b>
Devlet Hast.	93	33.9	181	66.1	274	100.0		
Üniversite	105	41.2	150	58.8	255	100.0		
Özel Sağlık Kuruluşu	30	39.0	47	61.0	77	100.0		
<b>Zoonotik Hastalık Geçirme Durumu</b>								
Evet	45	47.9	49	52.1	94	100.0	9.392	<b>0.002</b>
Hayır	281	32.2	593	67.8	874	100.0		
<b>Meslek Yaşamında Herhangi Bir Zoonotik Çalışmaya Katılmış Olma</b>								
Evet	47	79.7	12	20.3	59	100.0	59.363	<b>0.000</b>
Hayır	279	30.7	629	69.3	908	100.0		

Araştırmaya katılan kadın hekimler, pratisyen hekimler dışındaki hekimler, 2.ve 3. Basamakta çalışanlar, il merkezinde çalışanlar, üniversite ve özel hastanede çalışanlar ve zoonotik çalışmaya katılanlar zoonotik hastalıkları kolayca teşhis edebildiklerini belirtmişlerdir (p<0.05)(Tablo 45).

Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin “Zoonotik Hastalıkları kolayca tedavi edemiyorum.” önermesine katılım durumuna etkisi Tablo 46’da gösterilmiştir.

**Tablo 46. Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin 3. önermeye katılma durumuna etkisi**

3.Önerme: Zoonotik Hastalıkları kolayca tedavi edemiyorum.								
Değişkenler	Evet		Hayır		Toplam		χ	P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
<b>Cinsiyet</b>								
Erkek	182	31.8	390	68.2	572	100.0	0.880	0.348
Kadın	99	28.9	244	71.1	343	100.0		
<b>Görev</b>								
Pratisyen	139	32.9	284	67.1	423	100.0	1.746	0.418
Asistan	52	27.8	135	72.2	187	100.0		
Uzman	103	29.9	241	70.1	344	100.0		
<b>Basamak</b>								
1	124	34.3	237	65.7	361	100.0	5.823	0.054
2	107	31.0	238	69.0	345	100.0		
3	63	25.2	187	74.8	250	100.0		
<b>Yer</b>								
İl merkezi	148	26.6	408	73.4	556	100.0	10.666	<b>0.001</b>
İlçe	146	36.5	254	63.5	400	100.0		
<b>Sağlık kuruluşu Tipi</b>								
Aile hekimliği	123	34.5	234	65.5	357	100.0	6.387	0.094
Devlet H	87	31.8	187	68.2	274	100.0		
Üniversite	63	25.1	188	74.9	251	100.0		
Özel Sağlık Kuruluşu	21	28.4	53	71.6	74	100.0		
<b>Zoonotik Hastalık geçirme</b>								
Evet	31	33.0	63	67.0	94	100.0	0.242	0.622
Hayır	263	30.5	599	69.5	862	100.0		
<b>Meslek Yaşamında Herhangi Bir Zoonotik Çalışmaya Katılmış Olma</b>								
Evet	17	29.3	41	70.7	58	100.0	0.055	0.815
Hayır	276	30.8	621	69.2	897	100.0		

“Zoonotik hastalıkları kolayca tedavi edemiyorum.” önermesine katılıyorum diyen hekim oranı ilçede çalışan hekimler arasında daha yüksektir ( $p < 0.001$ ) (Tablo 46).

Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin “Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberine kesin tanı veya laboratuvar veya numune alma aşamalarında başvuruyorum.” önermesine katılım durumuna etkisi Tablo 47’de gösterilmiştir.

**Tablo 47. Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin 4. önermeye katılma durumuna etkisi**

<b>4. Önerme: Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberine kesin tanı veya laboratuvar veya numune alma aşamalarında başvuruyorum.</b>								
Değişkenler	Evet		Hayır		Toplam		$\chi$	P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
<b>Cinsiyet</b>								
Erkek	285	50.4	281	49.6	566	100.0	1.642	0.200
Kadın	184	54.8	152	45.2	336	100.0		
<b>Görev</b>								
Pratisyen	230	55.2	187	44.8	417	100.0	5.680	0.058
Asistan	84	45.4	101	54.6	185	100.0		
Uzman	165	49.1	171	50.9	336	100.0		
<b>Basamak</b>								
1	214	60.1	142	39.9	356	100.0	20.390	<b>0.000</b>
2	146	43.5	190	56.5	336	100.0		
3	119	48.0	129	52.0	248	100.0		
<b>Yer</b>								
İl merkezi	267	49.2	276	50.8	543	100.0	1.641	0.200
İlçe	212	53.4	185	46.6	397	100.0		
<b>Sağlık kuruluşu Tipi</b>								
Aile hekimliği	213	60.5	139	39.5	352	100.0	24.287	<b>0.000</b>
Devlet H	108	40.9	156	59.1	264	100.0		
Üniversite	120	48.2	129	51.8	249	100.0		
Özel Sağlık Kuruluşu	38	50.7	37	49.3	75	100.0		
<b>Zoonotik Hastalık geçirme</b>								
Evet	52	55.3	42	44.7	94	100.0	0.795	0.373
Hayır	427	50.5	419	49.5	846	100.0		
<b>Meslek Yaşamında Herhangi Bir Zoonotik Çalışmaya Katılmış Olma</b>								
Evet	45	77.6	13	22.4	58	100.0	17.470	<b>0.000</b>
Hayır	434	49.3	447	50.7	881	100.0		

Araştırmaya katılan hekimlerin çalıştığı basamak, çalıştıkları sağlık kuruluşları tipi, önerme 4'e katılmalarına anlamlı olarak etkilidir ( $p<0.001$ )(Tablo 47).

Mesleki hayatlarında zoonotik hastalıklarla ilgili çalışmada yer alan hekimler ve aile hekimleri "Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberine kesin tanı veya laboratuvar veya numune alma aşamalarında daha fazla kullanılmaktadırlar ( $p<0.001$ )(Tablo 47).

Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin "Çalıştığım ASM/hastane/kliniğin bu hastalıkların tanı ve tedavisi için uygun ve yeterli olduğunu düşünüyorum." önermesine katılım durumuna etkisi Tablo 48'de gösterilmiştir.

**Tablo 48. Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin 5. önermeye katılma durumuna etkisi**

5. Önerme: Çalıştığım ASM/hastane/kliniğin bu hastalıkların tanı ve tedavisi için uygun ve yeterli olduğunu düşünüyorum.								
Değişkenler	Evet		Hayır		Toplam		$\chi$	P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
<b>Cinsiyet</b>								
Erkek	222	38.6	353	61.4	575	100.0	0.399	0.527
Kadın	126	36.5	219	63.5	345	100.0		
<b>Görev</b>								
Pratisyen	97	22.8	329	77.2	426	100.0	80.803	<b>0.000</b>
Asistan	104	54.7	86	45.3	190	100.0		
Uzman	167	48.7	176	51.3	343	100.0		
<b>Basamak</b>								
1	71	19.5	293	80.5	364	100.0	97.077	<b>0.000</b>
2	153	44.5	191	55.5	344	100.0		
3	144	56.9	109	43.1	253	100.0		
<b>Yer</b>								
İl merkezi	254	45.5	304	54.5	558	100.0	29.405	<b>0.000</b>
İlçe	114	28.3	289	71.7	403	100.0		
<b>Sağlık kuruluşu Tipi</b>								
Aile hekimliği	71	19.7	289	80.3	360	100.0	1.041	<b>0.000</b>
Devlet H	107	39.6	163	60.4	270	100.0		
Üniversite	144	56.7	110	43.3	254	100.0		
Özel Sağlık Kuruluşu	46	59.7	31	40.3	77	100.0		
<b>Zoonotik Hastalık geçirme</b>								
Evet	41	43.6	53	56.4	94	100.0	1.250	0.264
Hayır	327	37.7	540	62.3	867	100.0		
<b>Meslek Yaşamında Herhangi Bir Zoonotik Çalışmaya Katılmış Olma</b>								
Evet	44	74.6	15	25.4	59	100.0	35.169	<b>0.000</b>
Hayır	323	35.8	578	64.2	901	100.0		

Asistan ve uzmanlar, 2.ve 3.basamak çalışanları, il merkezinde çalışanlar ve daha önce zoonozlarla ilgili bir çalışmada yer alanlar çalıştıkları ASM/hastane/kliniğin bu hastalıkların tanı ve tedavisi için uygun ve yeterli olduğunu düşünmektedirler ( $p<0.001$ )(Tablo 48).

Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin “Kuş gribi ile mücadelede tavukların itlafi doğru bir yaklaşımdır.” önermesine katılım durumuna etkisi Tablo 49’da gösterilmiştir.

**Tablo 49. Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin 6. önermeye katılma durumuna etkisi**

6. Önerme: Kuş gribi ile mücadelede tavukların itlafi doğru bir yaklaşımdır.								
Değişkenler	Katılıyorum		Katılmıyorum		Toplam		$\chi$	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
<b>Cinsiyet</b>								
Erkek	128	22.5	441	77.5	569	100.0	4.837	<b>0.028</b>
Kadın	57	16.5	289	83.5	346	100.0		
<b>Görev</b>								
Pratisyen	85	20.1	338	79.9	423	100.0	0.012	0.994
Asistan	38	20.2	150	79.8	188	100.0		
Uzman	70	20.4	273	79.6	343	100.0		
<b>Basamak</b>								
1	75	20.7	287	79.3	362	100.0	0.452	0.798
2	71	20.7	272	79.3	343	100.0		
3	47	18.7	204	81.3	251	100.0		
<b>Yer</b>								
İl merkezi	106	19.0	451	81.0	557	100.0	1.110	0.292
İlçe	87	21.8	312	78.2	399	100.0		
<b>Sağlık kuruluşu Tipi</b>								
Aile hekimliği	75	20.9	283	79.1	358	100.0	2.558	0.465
Devlet H	60	22.1	211	77.9	271	100.0		
Üniversite	47	18.7	205	81.3	252	100.0		
Özel Sağlık Kuruluşu	11	14.7	64	85.3	75	100.0		
<b>Zoonotik Hastalık geçirme</b>								
Evet	16	17.4	76	82.6	92	100.0	0.494	0.482
Hayır	177	20.5	687	79.5	864	100.0		
<b>Meslek Yaşamında Herhangi Bir Zoonotik Çalışmaya Katılmış Olma</b>								
Evet	13	22.0	46	78.0	59	100.0	0.146	0.703
Hayır	179	20.0	717	80.0	896	100.0		



Araştırmaya katılan erkek hekimler Kuş gribi ile mücadelede tavukların itlafının doğru bir yaklaşım olduğunu düşünmektedirler ( $p < 0.05$ ) (Tablo 49).

Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin “Tavukların itlafi yaklaşımının bazı zoonotik hastalıkları (Kırım Kongo Kanamalı Ateşi, Hanta virüs vb.) arttırdığını düşünüyorum.” önermesine katılım durumuna etkisi Tablo 50’de gösterilmiştir.

**Tablo 50. Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin 7.önermeye katılma durumuna etkisi**

7. Önerme: Tavukların itlafi yaklaşımının bazı zoonotik hastalıkları (Kırım Kongo Kanamalı Ateşi, Hanta virüs vb.) arttırdığını düşünüyorum.								
Değişkenler	Katılıyorum		Katılmıyorum		Toplam		$\chi$	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
<b>Cinsiyet</b>								
Erkek	275	48.2	296	51.8	571	100.0	3.473	0.062
Kadın	143	41.8	199	58.2	342	100.0		
<b>Görev</b>								
Pratisyen	206	48.6	218	51.4	424	100.0	4.550	0.103
Asistan	73	39.2	113	60.8	186	100.0		
Uzman	158	46.1	185	53.9	343	100.0		
<b>Basamak</b>								
1	186	51.2	177	48.8	363	100.0	7.091	<b>0.029</b>
2	145	42.3	198	57.7	343	100.0		
3	106	42.6	143	57.4	249	100.0		
<b>Yer</b>								
İl merkezi	245	43.9	313	56.1	558	100.0	1.856	0.173
İlçe	192	48.4	205	51.6	397	100.0		
<b>Sağlık kuruluşu Tipi</b>								
Aile hekimliği	185	51.5	174	48.5	359	100.0	11.342	<b>0.010</b>
Devlet H	122	44.9	150	55.1	272	100.0		
Üniversite	106	42.4	144	57.6	250	100.0		
Özel Sağlık Kuruluşu	24	32.4	50	67.6	74	100.0		
<b>Zoonotik Hastalık geçirme</b>								
Evet	35	37.6	58	62.4	93	100.0	2.740	0.098
Hayır	402	46.6	460	53.4	862	100.0		
<b>Meslek Yaşamında Herhangi Bir Zoonotik Çalışmaya Katılmış Olma</b>								
Evet	19	32.2	40	67.8	59	100.0	4.688	<b>0.030</b>
Hayır	418	46.7	477	53.3	895	100.0		

1.basamakta çalışan aile hekimleri ve daha önce zoonozlarla ilgili çalışmada yer almayan hekimler tavukların itlafı yaklaşımının bazı zoonotik hastalıkları (KKKA, Hanta virüs vb.) arttırdığını düşünmektedirler ( $p<0.001$ )(Tablo 50).

Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin “Zoonotik hastalığı olan kişiler kendilerini saklarlar.” önermesine katılım durumuna etkisi Tablo 51’de gösterilmiştir.

**Tablo 51. Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin 8. önermeye katılma durumuna etkisi**

8 Önerme: Zoonotik hastalığı olan kişiler kendilerini saklarlar.								
Değişkenler	Katılıyorum		Katılmıyorum		Toplam		$\chi$	P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
<b>Cinsiyet</b>								
Erkek	198	34.5	375	65.4	573	100.0	0.012	0.913
Kadın	118	34.9	220	65.1	338	100.0		
<b>Görev</b>								
Pratisyen	145	34.2	279	65.8	424	100.0	0.222	0.895
Asistan	66	36.1	117	63.9	183	100.0		
Uzman	121	35.3	222	64.7	343	100.0		
<b>Basamak</b>								
1	133	36.2	234	63.2	234	100.0	0.831	0.660
2	112	33	227	67	339	100.0		
3	87	35.4	159	64.6	246	100.0		
<b>Yer</b>								
İl merkezi	186	33.9	362	66.1	548	100.0	0.494	0.482
İlçe	146	36.1	258	63.9	404	100.0		
<b>Sağlık kuruluşu Tipi</b>								
Aile hekimliği	133	36.6	230	63.4	363	100.0	1.707	0.635
Devlet H	91	33.7	179	66.3	270	100.0		
Üniversite	87	35.2	160	64.8	247	100.0		
Özel Sağlık Kuruluşu	21	29.2	51	70.8	72	100.0		
<b>Zoonotik Hastalık geçirme</b>								
Evet	31	35.6	56	64.4	87	100.0	0.024	0.876
Hayır	301	34.8	564	65.2	865	100.0		
<b>Meslek Yaşamında Herhangi Bir Zoonotik Çalışmaya Katılmış Olma</b>								
Evet	14	24.6	43	75.4	57	100.0	2.804	0.094
Hayır	317	35.5	577	64.5	894	100.0		

Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özellikleri “Zoonotik hastalığı olan kişiler kendilerini saklarlar.” önermesine katılım durumunu etkilememektedir ( $p>0.05$ )(Tablo 51).

Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin “Zoonotik Hastalıkların yeterince bildirim yapılmaktadır.” önermesine katılım durumuna etkisi Tablo 52’de gösterilmiştir.

**Tablo 52. Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin 9. önermeye katılma durumuna etkisi**

9 Önerme: Zoonotik Hastalıkların yeterince bildirim yapılmaktadır.								
Değişkenler	Katılıyorum		Katılmıyorum		Toplam		$\chi$	P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
<b>Cinsiyet</b>								
Erkek	166	29.2	402	70.8	568	100.0	2.700	0.100
Kadın	81	24.2	254	75.8	335	100.0		
<b>Görev</b>								
Pratisyen	122	29	298	71	420	100.0	1.801	0.406
Asistan	43	23.8	138	76.2	181	100.0		
Uzman	92	27.1	248	72.9	340	100.0		
<b>Basamak</b>								
1	117	32.1	247	67.9	364	100.0	7.231	<b>0.027</b>
2	83	24.6	254	75.4	337	100.0		
3	57	23.6	185	76.4	242	100.0		
<b>Yer</b>								
İl merkezi	146	27	394	73	540	100.0	0.030	0.863
İlçe	111	27.5	292	72.5	403	100.0		
<b>Sağlık kuruluşu Tipi</b>								
Aile hekimliği	115	31.9	245	68.1	360	100.0	6.517	0.089
Devlet H	66	24.6	202	75.4	268	100.0		
Üniversite	58	23.9	185	76.1	243	100.0		
Özel Sağlık Kuruluşu	18	25	54	75	72	100.0		
<b>Zoonotik Hastalık geçirme</b>								
Evet	19	22.6	65	77.4	84	100.0	0.999	0.318
Hayır	238	27.7	621	72.3	859	100.0		
<b>Meslek Yaşamında Herhangi Bir Zoonotik Çalışmaya Katılmış Olma</b>								
Evet	19	33.3	38	66.7	57	100.0	1.120	0.290
Hayır	238	26.9	647	73.1	885	100.0		

Araştırmaya katılan hekimlerden yalnızca 1.Basamakta çalışanlar zoonotik hastalıkların yeterince bildirildiğini düşünmektedirler ( $p<0.05$ )(Tablo 52).

Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin “Görev yaptığım birimde zoonotik hastalıklar kolayca tedavi edilebilir.” önermesine katılım durumuna etkisi Tablo 53’de gösterilmiştir.

**Tablo 53. Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin 10. önermeye katılma durumuna etkisi**

10 Önerme: Görev yaptığım birimde zoonotik hastalıklar kolayca tedavi edilebilir.								
Değişkenler	Katılıyorum		Katılmıyorum		Toplam		$\chi$	P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
<b>Cinsiyet</b>								
Erkek	212	37.1	359	62.9	571	100.0	0.161	0.688
Kadın	130	38.5	208	61.5	338	100.0		
<b>Görev</b>								
Pratisyen	93	22	330	78	423	100.0	82.041	<b>0.000</b>
Asistan	101	55.2	82	44.8	183	100.0		
Uzman	162	47.4	180	52.6	342	100.0		
<b>Basamak</b>								
1	79	21.6	287	78.4	366	100.0	90.786	<b>0.000</b>
2	131	38.6	208	61.4	339	100.0		
3	146	59.6	99	40.4	245	100.0		
<b>Yer</b>								
İl merkezi	230	42.1	316	57.9	546	100.0	11.853	<b>0.001</b>
İlçe	126	31.2	278	68.8	404	100.0		
<b>Sağlık kuruluşu Tipi</b>								
Aile hekimliği	78	21.5	284	78.5	362	100.0	95.987	<b>0.000</b>
Devlet H	95	35.2	175	64.8	270	100.0		
Üniversite	146	59.3	100	40.7	246	100.0		
Özel Sağlık Kuruluşu	37	51.4	35	48.6	72	100.0		
<b>Zoonotik Hastalık geçirme</b>								
Evet	35	40.2	52	59.8	87	100.0	0.311	0.577
Hayır	321	37.2	542	62.8	863	100.0		
<b>Meslek Yaşamında Herhangi Bir Zoonotik Çalışmaya Katılmış Olma</b>								
Evet	38	66.7	19	33.3	57	100.0	21.988	<b>0.000</b>
Hayır	318	35.7	574	64.3	892	100.0		

Asistan ve uzmanlar, 2.ve 3.basamak çalışanları, il merkezinde çalışanlar, aile hekimliği birimi dışında çalışanlar ve daha önce zoonozlarla ilgili bir çalışmada yer alanlar görev yaptıkları birimlerde zoonotik hastalıkların kolayca tedavi edilebileceğini düşünmektedirler (p<0.001)(Tablo 53).

Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin “Zoonotik hastalıklarla mücadelenin multidisipliner olduğunu düşünüyorum.” önermesine katılım durumuna etkisi Tablo 54’de gösterilmiştir.

**Tablo 54. Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin 11. önermeye katılma durumuna etkisi**

11. Önerme: Zoonotik hastalıklarla mücadelenin multidisipliner olduğunu düşünüyorum.								
Değişkenler	Evet		Hayır		Toplam		χ	P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
<b>Cinsiyet</b>								
Erkek	467	81.6	105	18.4	572	100.0	0.606	0.436
Kadın	282	83.7	55	16.3	337	100.0		
<b>Görev</b>								
Pratisyen	341	80.4	83	19.6	424	100.0	1.822	0.402
Asistan	151	82.5	32	17.5	183	100.0		
Uzman	287	84.2	54	15.8	341	100.0		
<b>Basamak</b>								
1	296	80.7	71	19.3	367	100.0	0.898	0.638
2	279	82.3	60	17.7	339	100.0		
3	204	83.6	40	16.4	244	100.0		
<b>Yer</b>								
İl merkezi	447	81.7	100	18	547	100.0	0.069	0.792
İlçe	332	82.4	71	17.6	403	100.0		
<b>Sağlık kuruluşu Tipi</b>								
Aile hekimliği	294	81	69	19	363	100.0	1.829	0.609
Devlet H	218	80.7	52	19.3	270	100.0		
Üniversite	205	83.7	40	16.3	245	100.0		
Özel Sağlık Kuruluşu	62	86.1	10	13.9	72	100.0		
<b>Zoonotik Hastalık geçirme</b>								
Evet	72	82.8	15	17.2	87	100.0	0.037	0.847
Hayır	707	81.9	156	18.1	863	100.0		
<b>Meslek Yaşamında Herhangi Bir Zoonotik Çalışmaya Katılmış Olma</b>								
Evet	55	96.5	2	3.5	57	100.0	8.643	<b>0.003</b>
Hayır	723	81.1	169	18.9	892	100.0		

Tablo 54'e göre yalnızca daha önce zoonotik hastalıklarla ilgili bir çalışmanın içinde yer alan hekimler zoonotik hastalıklarla mücadelenin multidisipliner olduğunu düşünmektedir ( $p<0.05$ )(Tablo 54).

Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin "Zoonotik hastaların bulaşma riski hizmet sunumunda bana kaygı veriyor." önermesine katılım durumuna etkisi Tablo 55'de sunulmuştur.

**Tablo 55. Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin 12. önermeye katılma durumuna etkisi**

12 Önerme: Zoonotik hastalıkların bulaşma riski hizmet sunumunda bana kaygı veriyor								
Değişkenler	Evet		Hayır		Toplam		$\chi$	P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
<b>Cinsiyet</b>								
Erkek	274	48	297	52	571	100.0	3.090	0.079
Kadın	141	42	195	58	336	100.0		
<b>Görev</b>								
Pratisyen	176	41.8	245	58.2	421	100.0	6.108	<b>0.047</b>
Asistan	89	48.9	93	51.1	182	100.0		
Uzman	172	50.3	170	49.7	342	100.0		
<b>Basamak</b>								
1	158	43.4	206	56.6	264	100.0	2.688	0.261
2	168	49.6	171	50.4	339	100.0		
3	112	45.9	132	54.1	244	100.0		
<b>Yer</b>								
İl merkezi	246	45.1	299	54.9	545	100.0	0.641	0.424
İlçe	192	47.8	210	52.2	402	100.0		
<b>Sağlık kuruluşu Tipi</b>								
Aile hekimliği	157	43.6	203	56.4	360	100.0	2.155	0.541
Devlet H	133	49.3	137	50.7	270	100.0		
Üniversite	113	46.1	132	53.9	245	100.0		
Özel Sağlık Kuruluşu	35	48.6	37	51.4	72	100.0		
<b>Zoonotik Hastalık geçirme</b>								
Evet	395	45.9	465	54.1	860	100.0	0.338	0.533
Hayır	43	49.4	44	50.6	87	100.0		
<b>Meslek Yaşamında Herhangi Bir Zoonotik Çalışmaya Katılmış Olma</b>								
Evet	33	57.9	24	42.1	57	100.0	3.341	0.068
Hayır	404	45.4	485	54.6	889	100.0		

Araştırmaya katılan pratisyen hekimler zoonotik hastalıkların bulaşma riski nedeniyle hizmet sunarken kaygı duymaktadırlar ( $p < 0.05$ ) (Tablo 55).

Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin “Zoonotik hastalıkların küresel ısınmayla birlikte arttığını düşünüyorum.” önermesine katılım durumuna etkisi Tablo 56’da sunulmuştur.

**Tablo 56. Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin 13. önermeye katılma durumuna etkisi**

13 Önerme: Zoonotik hastalıkların küresel ısınmayla birlikte arttığını düşünüyorum.								
Değişkenler	Evet		Hayır		Toplam		$\chi$	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
<b>Cinsiyet</b>								
Erkek	260	45.5	312	54.5	572	100.0	2.383	0.123
Kadın	172	50.7	167	49.7	339	100.0		
<b>Görev</b>								
Pratisyen	204	48.2	219	51.8	423	100.0	2.537	0.281
Asistan	77	42.1	106	57.9	183	100.0		
Uzman	168	49	175	51	343	100.0		
<b>Basamak</b>								
1	175	47.7	192	52.3	367	100.0	1.563	0.458
2	167	49.3	172	50.7	339	100.0		
3	108	44.1	137	55.9	245	100.0		
<b>Yer</b>								
İl merkezi	263	48	285	52	548	100.0	0.236	0.627
İlçe	187	46.4	216	53.6	403	100.0		
<b>Sağlık kuruluşu Tipi</b>								
Aile hekimliği	174	47.9	189	52.1	363	100.0	1.966	0.579
Devlet H	135	50	135	50	270	100.0		
Üniversite	109	44.3	137	55.7	246	100.0		
Özel Sağlık Kuruluşu	32	44.4	40	55.6	72	100.0		
<b>Zoonotik Hastalık geçirme</b>								
Evet	46	53.5	40	46.5	86	100.0	1.444	0.230
Hayır	404	46.7	461	53.3	865	100.0		
<b>Meslek Yaşamında Herhangi Bir Zoonotik Çalışmaya Katılmış Olma</b>								
Evet	30	52.6	27	47.4	57	100.0	0.701	0.402
Hayır	419	46.9	474	53.1	893	100.0		

Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özellikleri “Zoonotik hastalıkların küresel ısınmayla birlikte arttığını düşünüyorum.” önermesine katılımlarını etkilememektedir ( $p>0.05$ )(Tablo 56).

Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin, “Son yıllarda görülen zoonotik hastalıklar, ülkemize yönelik biyolojik savaş aracı olarak kullanılmıştır.” önermesine katılım durumuna etkisi Tablo 57’de sunulmuştur.

**Tablo 57. Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin 14. önermeye katılma durumuna etkisi**

14. Önerme: Son yıllarda görülen zoonotik hastalıklar, ülkemize yönelik biyolojik savaş aracı olarak kullanılmıştır.								
Değişkenler	Evet		Hayır		Toplam		$\chi$	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
<b>Cinsiyet</b>								
Erkek	127	22.2	445	77.8	572	100.0	2.290	0.130
Kadın	90	26.6	248	73.4	338	100.0		
<b>Görev</b>								
Pratisyen	100	23.6	324	76.4	424	100.0	0.248	0.883
Asistan	43	23.5	140	76.5	183	100.0		
Uzman	85	25	255	75	340	100.0		
<b>Basamak</b>								
1	86	23.4	281	76.6	367	100.0	1.513	0.469
2	88	26.2	248	73.8	336	100.0		
3	54	22	192	78	246	100.0		
<b>Yer</b>								
İl merkezi	128	23.4	419	76.6	547	100.0	0.276	0.599
İlçe	100	24.9	302	75.1	402	100.0		
<b>Sağlık kuruluşu Tipi</b>								
Aile hekimliği	86	23.7	277	76.3	363	100.0	2.593	0.459
Devlet H	66	24.6	202	75.4	268	100.0		
Üniversite	54	21.9	193	78.1	247	100.0		
Özel Sağlık Kuruluşu	22	31	49	69	71	100.0		
<b>Zoonotik Hastalık geçirme</b>								
Evet	21	24.4	65	75.6	86	100.0	0.008	0.929
Hayır	207	24	656	76	863	100.0		
<b>Meslek Yaşamında Herhangi Bir Zoonotik Çalışmaya Katılmış Olma</b>								
Evet	13	22.8	44	77.2	57	100.0	0.043	0.835
Hayır	214	24	677	76	891	100.0		



Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özellikleri “Son yıllarda görülen zoonotik hastalıklar, ülkemize yönelik biyolojik savaş aracı olarak kullanılmıştır.” önermesine katılımlarını etkilememektedir ( $p>0.05$ )(Tablo 56).

Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin “Zoonotik hastalıkların hizmet verdiğim bölgede sorun olduğunu düşünüyorum.” önermesine katılma durumu Tablo 58’de sunulmuştur.

**Tablo 58. Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin 1.önermeye katılma durumuna etkisi \***

Bazı Demografik Özellikler	Katılıyorum		Katılmıyorum		Toplam		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Yaş</b>							
24-34	103	29.0	252	71.0	355	100.0	0.702
35-44	109	30.8	245	69.2	354	100.0	
45-54	67	39.4	103	60.6	170	100.0	
55 +	23	38.3	37	61.7	60	100.0	
<b>Meslekteki süre</b>							
1-5 yıl	56	29.2	136	70.8	192	100.0	0.365
6-10 yıl	58	33.0	118	67.0	176	100.0	
11-15 yıl	49	31.2	108	68.8	157	100.0	
16-20 yıl	52	31.0	116	69.0	168	100.0	
20 + yıl	82	38.1	133	61.9	215	100.0	
<b>Günlük muayene sayısı</b>							
1-25 kişi	33	34.7	62	65.3	95	100.0	0.714
26-50 kişi	133	37.2	225	62.8	358	100.0	
51-75 kişi	49	27.7	128	72.3	177	100.0	
76-100 kişi	38	26.2	107	73.8	145	100.0	
101-125 kişi	5	35.7	9	64.3	14	100.0	
126-150 kişi	7	25.9	20	74.1	27	100.0	
150’den fazla kişi	15	22.7	51	77.3	66	100.0	

\* Zoonotik hastalıkların hizmet verdiğim bölgede sorun olduğunu düşünüyorum.

Tablo 58 incelendiğinde; çalışmaya katılan hekimlerin yaşlarının, mesleki deneyimlerinin ve bir günde muayene ettikleri hasta sayısının “Zoonotik hastalıkların hizmet verdiğim bölgede sorun olduğunu düşünüyorum.” önermesine katılma durumlarını etkilemediği görülmektedir ( $p>0.05$ ).

Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin “Zoonotik Hastalıkları kolayca teşhis edebiliyorum.” önermesine katılma durumu Tablo 59’da sunulmuştur.

**Tablo 59. Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin 2.önermeye katılma durumuna etkisi \***

Bazı Demografik Özellikler	Katılıyorum		Katılmıyorum		Toplam		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Yaş</b>							
24-34	118	33.3	236	66.7	354	100.0	0.148
35-44	112	31.3	246	68.7	358	100.0	
45-54	62	36.5	108	63.5	170	100.0	
55 +	27	45.8	32	54.2	59	100.0	
<b>Meslekteki süre</b>							
1-5 yıl	64	33.2	129	66.8	193	100.0	0.145
6-10 yıl	72	41.1	103	58.9	175	100.0	
11-15 yıl	46	29.3	111	70.7	157	100.0	
16-20 yıl	53	31.5	115	68.5	168	100.0	
20 + yıl	81	37.5	135	62.5	216	100.0	
<b>Günlük muayene sayısı</b>							
1-25 kişi	27	28.1	69	71.9	96	100.0	0.65
26-50 kişi	130	36.4	227	63.6	357	100.0	
51-75 kişi	59	32.1	125	67.9	184	100.0	
76-100 kişi	53	36.6	92	63.4	145	100.0	
101-125 kişi	3	21.4	11	78.6	14	100.0	
126-150 kişi	8	32.0	17	68.0	25	100.0	
150’den fazla kişi	22	33.3	44	66.7	66	100.0	

\* Zoonotik Hastalıkları kolayca teşhis edebiliyorum.

Araştırmaya katılan hekimlerin yaşlarının, mesleki deneyimlerinin ve bir günde muayene ettikleri hasta sayısının “Zoonotik Hastalıkları kolayca teşhis edebiliyorum.” önermesine katılma durumlarını etkilemediği görülmektedir ( $p>0.05$ ) (Tablo 59).

Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin “Zoonotik Hastalıkları kolayca tedavi edemiyorum.” önermesine katılma durumu Tablo 60’da gösterilmiştir.

**Tablo 60. Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin 3.önermeye katılma durumuna etkisi\***

Bazı Demografik Özellikler	Katılıyorum		Katılmıyorum		Toplam		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Yaş</b>							
24-34	97	27.7	253	72.3	350	100.0	0.051
35-44	125	35.2	230	64.8	355	100.0	
45-54	42	25.1	125	74.9	167	100.0	
55 +	20	35.1	37	64.9	57	100.0	
<b>Meslekteki süre</b>							
1-5 yıl	50	26.5	139	73.5	189	100.0	0.036
6-10 yıl	57	32.6	118	67.4	175	100.0	
11-15 yıl	54	34.8	101	65.2	155	100.0	
16-20 yıl	64	38.3	103	61.7	167	100.0	
20 + yıl	54	25.6	157	74.4	211	100.0	
<b>Günlük muayene sayısı</b>							
1-25 kişi	19	20.2	75	79.8	94	100.0	0.041
26-50 kişi	111	31.4	242	68.6	353	100.0	
51-75 kişi	58	31.7	125	68.3	183	100.0	
76-100 kişi	47	32.6	97	67.4	144	100.0	
101-125 kişi	6	46.2	7	53.8	13	100.0	
126-150 kişi	12	48.0	13	52.0	25	100.0	
150'den fazla kişi	14	21.2	52	78.8	66	100.0	

\*Zoonotik Hastalıkları kolayca tedavi edemiyorum.

Araştırmaya katılan hekimlerden 20 yıldan fazla deneyimi olanlar zoonotik hastalıkları kolayca tedavi edebileceğini düşünüyor. Günde 100-150 arası hasta bakanlar ise zoonotik hastalıkları kolayca tedavi edemeyeceklerini düşünüyorlar ( $p<0.05$ ).

Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin “Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberine kesin tanı veya laboratuvar veya numune alma aşamalarında başvuruyorum.” önermesine katılma durumu Tablo 61’de gösterilmiştir.

**Tablo 61. Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin 4.önermeye katılma durumuna etkisi\***

Bazı Demografik Özellikler	Katılıyorum		Katılmıyorum		Toplam		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Yaş</b>							
24-34	134	38.6	213	61.4	347	100.0	<b>0.001</b>
35-44	191	54.7	158	45.3	349	100.0	
45-54	104	63.0	61	37.0	165	100.0	
55 +	40	70.2	17	29.8	57	100.0	
<b>Meslekteki süre</b>							
1-5 yıl	80	42.1	110	57.9	190	100.0	<b>0.001</b>
6-10 yıl	76	44.7	94	55.3	170	100.0	
11-15 yıl	76	49.4	78	50.6	154	100.0	
16-20 yıl	99	59.6	67	40.4	166	100.0	
20 + yıl	131	63.9	74	36.1	205	100.0	
<b>Günlük muayene sayısı</b>							
1-25 kişi	44	48.4	47	51.6	91	100.0	<b>0.011</b>
26-50 kişi	187	53.3	164	46.7	351	100.0	
51-75 kişi	100	58.1	72	41.9	172	100.0	
76-100 kişi	73	50.7	71	49.3	144	100.0	
101-125 kişi	5	35.7	9	64.3	14	100.0	
126-150 kişi	11	42.3	15	57.7	26	100.0	
150'den fazla kişi	20	31.2	44	68.8	64	100.0	

\* Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberine kesin tanı veya laboratuvar veya numune alma aşamalarında başvuruyorum.

Katılımcılardan yaşı ve mesleki deneyimi fazla olan (35 yaşından büyük ve 16 yıl ve daha fazla deneyimi olan hekimler) ve günde 26-100 arası hasta bakan hekimler; Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberine kesin tanı veya laboratuvar veya numune alma aşamalarında başvurduklarını belirtmişlerdir (p<0.05)(Tablo 61).

Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin “Çalıştığım ASM/hastane/kliniğin bu hastalıkların tanı ve tedavisi için uygun ve yeterli olduğunu düşünüyorum.” önermesine katılma durumu Tablo 62’de sunulmuştur.

**Tablo 62. Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin 5.önermeye katılma durumuna etkisi \***

Bazı Demografik Özellikler	Katılıyorum		Katılmıyorum		Toplam		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Yaş</b>							
24-34	131	37.0	223	63.0	354	100.0	0.140
35-44	127	35.8	228	64.2	355	100.0	
45-54	78	45.9	92	54.1	170	100.0	
55 +	24	40.7	35	59.3	59	100.0	
<b>Meslekteki süre</b>							
1-5 yıl	82	42.9	109	57.1	191	100.0	0.376
6-10 yıl	64	36.2	113	63.8	177	100.0	
11-15 yıl	61	39.1	95	60.9	156	100.0	
16-20 yıl	57	34.3	109	65.7	166	100.0	
20 + yıl	90	42.3	123	57.7	213	100.0	
<b>Günlük muayene sayısı</b>							
1-25 kişi	54	56.2	42	43.8	96	100.0	0.012
26-50 kişi	167	47.2	187	52.8	354	100.0	
51-75 kişi	50	27.8	130	72.2	180	100.0	
76-100 kişi	46	31.7	99	68.3	145	100.0	
101-125 kişi	2	14.3	12	85.7	14	100.0	
126-150 kişi	10	37.0	17	63.0	27	100.0	
150'den fazla kişi	20	30.3	46	69.7	66	100.0	

\*Çalıştığım ASM/hastane/kliniğin bu hastalıkların tanı ve tedavisi için uygun ve yeterli olduğunu düşünüyorum.

Araştırmaya katılan hekimlerden günde 50 hastadan az muayene yapanlar çalıştıkları kurumun bu hastalıkların tanı ve tedavisi için uygun ve yeterli olduğunu düşünmektedirler (p<0.05) (Tablo 62).

Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin “Kuş gribi ile mücadelede tavukların itlafi doğru bir yaklaşımdır.” önermesine katılma durumu Tablo 63’de gösterilmiştir.

**Tablo 63. Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin 6.önermeye katılma durumuna etkisi \***

Bazı Demografik Özellikler	Katılıyorum		Katılmıyorum		Toplam		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Yaş</b>							
24-34	60	16.9	294	83.1	354	100.0	0.568
35-44	80	22.9	270	77.1	350	100.0	
45-54	36	21.4	132	78.6	168	100.0	
55 +	12	20.7	46	79.3	58	100.0	
<b>Meslekteki süre</b>							
1-5 yıl	34	17.8	157	82.2	191	100.0	0.238
6-10 yıl	28	15.8	149	84.2	177	100.0	
11-15 yıl	37	23.9	118	76.1	155	100.0	
16-20 yıl	37	22.8	125	77.2	162	100.0	
20 + yıl	49	23.0	164	77.0	213	100.0	
<b>Günlük muayene sayısı</b>							
1-25 kişi	10	10.4	86	89.6	96	100.0	0.132
26-50 kişi	80	22.7	272	77.3	352	100.0	
51-75 kişi	36	20.0	144	80.0	180	100.0	
76-100 kişi	28	19.4	116	80.6	144	100.0	
101-125 kişi	2	14.3	12	85.7	14	100.0	
126-150 kişi	8	30.8	18	69.2	26	100.0	
150'den fazla kişi	11	16.7	55	83.3	66	100.0	

\*Kuş gribi ile mücadelede tavukların itlafi doğru bir yaklaşımdır.

Araştırmaya katılan hekimlerin yaşları, mesleksi deneyimleri ve bir günde muayene ettikleri hasta sayısı “Kuş gribi ile mücadelede tavukların itlafi doğru bir yaklaşımdır.” önermesine katılma durumlarını etkilememektedir ( $p>0.05$ ) (Tablo 63).

Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin “Tavukların itlafi yaklaşımının bazı zoonotik hastalıkları (KKKA, Hanta virüs vb.) arttırdığını düşünüyorum.” önermesine katılma durumu Tablo 64’te sunulmuştur.

**Tablo 64. Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin 7.önermeye katılma durumuna etkisi\***

Bazı Demografik Özellikler	Katılıyorum		Katılmıyorum		Toplam		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Yaş</b>							
24-34	157	44.7	194	55.3	351	100.0	0.653
35-44	166	47.4	184	52.6	350	100.0	
45-54	77	45.8	91	54.2	168	100.0	
55 +	23	39.0	36	61.0	59	100.0	
<b>Meslekteki süre</b>							
1-5 yıl	81	42.6	109	57.4	190	100.0	0.216
6-10 yıl	87	48.9	91	51.1	178	100.0	
11-15 yıl	63	41.4	89	58.6	152	100.0	
16-20 yıl	87	53.0	77	47.0	164	100.0	
20 + yıl	98	46.2	114	53.8	212	100.0	
<b>Günlük muayene sayısı</b>							
1-25 kişi	41	43.6	53	56.4	94	100.0	0.238
26-50 kişi	168	47.7	184	52.3	352	100.0	
51-75 kişi	90	50.6	88	49.4	178	100.0	
76-100 kişi	69	47.6	76	52.4	145	100.0	
101-125 kişi	4	28.6	10	71.4	14	100.0	
126-150 kişi	12	46.2	14	53.8	26	100.0	
150'den fazla kişi	22	33.3	44	66.7	66	100.0	

\*Tavukların itlafi yaklaşımının bazı zoonotik hastalıkları (KKKA, Hanta virüs vb.) arttırdığını düşünüyorum.

Araştırmaya katılan hekimlerin yaşlarının, mesleki deneyimlerinin ve bir günde muayene ettikleri hasta sayısının “Tavukların itlafi yaklaşımının bazı zoonotik hastalıkları (KKKA, Hanta virüs vb.) arttırdığını düşünüyorum” önermesine katılma durumlarını etkilemediği görülmektedir ( $p>0.05$ ) (Tablo 64).

Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin “Zoonotik hastalığı olan kişiler kendilerini saklarlar.” önermesine katılma durumu Tablo 65’de gösterilmiştir.

**Tablo 65. Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin 8.önermeye katılma durumuna etkisi \***

Bazı Demografik Özellikler	Katılıyorum		Katılmıyorum		Toplam		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Yaş</b>							
24-34	123	35.8	221	64.2	344	100.0	0.559
35-44	115	32.8	236	67.2	351	100.0	
45-54	61	35.9	109	64.1	170	100.0	
55 +	25	41.7	35	58.3	60	100.0	
<b>Meslekteki süre</b>							
1-5 yıl	71	37.8	117	62.2	188	100.0	0.616
6-10 yıl	57	33.5	113	66.5	170	100.0	
11-15 yıl	57	37.0	97	63.0	154	100.0	
16-20 yıl	51	30.9	114	69.1	165	100.0	
20 + yıl	81	37.3	136	62.7	217	100.0	
<b>Günlük muayene sayısı</b>							
1-25 kişi	36	37.9	59	62.1	95	100.0	0.288
26-50 kişi	133	37.3	224	62.7	357	100.0	
51-75 kişi	52	29.1	127	70.9	179	100.0	
76-100 kişi	48	34.3	92	65.7	140	100.0	
101-125 kişi	2	14.3	12	85.7	14	100.0	
126-150 kişi	6	26.1	17	73.9	23	100.0	
150'den fazla kişi	23	37.1	39	62.9	62	100.0	

\*Zoonotik hastalığı olan kişiler kendilerini saklarlar.

Tablo 65'teki verilere göre araştırmaya katılan hekimlerin yaşları, mesleki deneyimleri ve bir günde muayene ettikleri hasta sayısı “Zoonotik hastalığı olan kişiler kendilerini saklarlar.” önermesine katılma durumlarını etkilememektedir ( $p>0.05$ ).

Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin “Zoonotik Hastalıkların yeterince bildirim yapılmaktadır.” önermesine katılma durumu Tablo 66'da gösterilmiştir.



**Tablo 66. Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin 9.önermeye katılma durumuna etkisi \***

Bazı Demografik Özellikler	Katılıyorum		Katılmıyorum		Toplam		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Yaş</b>							
24-34	79	23.1	263	76.9	342	100.0	0.158
35-44	103	29.5	246	70.5	349	100.0	
45-54	52	31.3	114	68.7	166	100.0	
55 +	17	28.8	42	71.2	59	100.0	
<b>Meslekteki süre</b>							
1-5 yıl	47	25.1	140	74.9	187	100.0	0.041
6-10 yıl	31	18.3	138	81.7	169	100.0	
11-15 yıl	46	30.1	107	69.9	153	100.0	
16-20 yıl	50	30.7	113	69.3	163	100.0	
20 + yıl	65	30.4	149	69.6	214	100.0	
<b>Günlük muayene sayısı</b>							
1-25 kişi	18	18.8	78	81.2	96	100.0	0.556
26-50 kişi	102	28.8	252	71.2	354	100.0	
51-75 kişi	49	27.7	128	72.3	177	100.0	
76-100 kişi	39	28.1	100	71.9	139	100.0	
101-125 kişi	3	23.1	10	76.9	13	100.0	
126-150 kişi	5	21.7	18	78.3	23	100.0	
150'den fazla kişi	14	23.0	47	77.0	61	100.0	

\*Zoonotik Hastalıkların yeterince bildirimi yapılmaktadır.

Tablo 66'daki veriler; araştırmaya katılan hekimlerden yalnızca mesleki deneyimi 1-5 yıl olan hekimlerin Zoonotik Hastalıkların bildiriminde eksiklik gördüklerini ortaya koymaktadır (p<0.05).

Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin “Görev yaptığım birimde zoonotik hastalıklar kolayca tedavi edilebilir.” önermesine katılma durumu Tablo 67'de gösterilmiştir.

**Tablo 67. Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin 10.önermeye katılma durumuna etkisi \***

Bazı Demografik Özellikler	Katılıyorum		Katılmıyorum		Toplam		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Yaş</b>							
24-34	118	34.2	227	65.8	345	100.0	0.673
35-44	124	35.6	224	64.4	348	100.0	
45-54	83	48.8	87	51.2	170	100.0	
55 +	26	43.3	34	56.7	60	100.0	
<b>Meslekteki süre</b>							
1-5 yıl	73	38.8	115	61.2	188	100.0	0.226
6-10 yıl	64	37.4	107	62.6	171	100.0	
11-15 yıl	52	33.8	102	66.2	154	100.0	
16-20 yıl	60	36.8	103	63.2	163	100.0	
20 + yıl	98	45.2	119	54.8	217	100.0	
<b>Günlük muayene sayısı</b>							
1-25 kişi	52	54.2	44	45.8	96	100.0	0.001
26-50 kişi	166	46.6	190	53.4	356	100.0	
51-75 kişi	50	27.9	129	72.1	179	100.0	
76-100 kişi	43	30.9	96	69.1	139	100.0	
101-125 kişi	2	14.3	12	85.7	14	100.0	
126-150 kişi	4	18.2	18	81.8	22	100.0	
150'den fazla kişi	13	21.0	49	79.0	62	100.0	

\*Görev yaptığım birimde zoonotik hastalıklar kolayca tedavi edilebilir.

Araştırmaya katılan hekimlerden günde 50 ve altında hasta muayene edenler; görev yaptıkları birimde zoonotik hastalıkların kolayca tedavi edilebileceğini düşünmektedirler (p<0.05).

Katılımcı hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin “Zoonotik hastalıklarla mücadelenin multidisipliner olduğunu düşünüyorum.” önermesine katılma durumu Tablo 68’de sunulmuştur.

**Tablo 68. Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin 11.önermeye katılma durumuna etkisi \***

Bazı Demografik Özellikler	Katılıyorum		Katılmıyorum		Toplam		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Yaş</b>							
24-34	277	80.3	68	19.7	345	100.0	0.862
35-44	289	82.6	61	17.4	350	100.0	
45-54	141	84.4	26	15.6	167	100.0	
55 +	51	83.6	10	16.4	61	100.0	
<b>Meslekteki süre</b>							
1-5 yıl	143	76.1	45	23.9	188	100.0	0.092
6-10 yıl	140	82.4	30	17.6	170	100.0	
11-15 yıl	124	80.5	30	19.5	154	100.0	
16-20 yıl	141	86.0	23	14	164	100.0	
20 + yıl	184	85.2	32	14.8	216	100.0	
<b>Günlük muayene sayısı</b>							
1-25 kişi	80	84.2	15	15.8	95	100.0	0.189
26-50 kişi	307	86.0	50	14.0	357	100.0	
51-75 kişi	147	82.6	31	17.4	178	100.0	
76-100 kişi	113	81.3	26	18.7	139	100.0	
101-125 kişi	9	64.3	5	35.7	14	100.0	
126-150 kişi	20	87.0	3	13.0	23	100.0	
150'den fazla kişi	47	75.8	15	24.2	62	100.0	

\*Zoonotik hastalıklarla mücadelenin multidisipliner olduğunu düşünüyorum.

Çalışmaya katılan hekimlerin yaşlarının, mesleki deneyimlerinin ve bir günde muayene ettikleri hasta sayısının “Zoonotik hastalıklarla mücadelenin multidisipliner olduğunu düşünüyorum.” önermesine katılma durumlarını etkilemediği görülmektedir ( $p>0.05$ ) (Tablo 68).

Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin “Zoonotik hastaların bulaşma riski hizmet sunumunda bana kaygı veriyor.” önermesine katılma durumu Tablo 69’da sunulmuştur.

**Tablo 69. Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin 12.önermeye katılma durumuna etkisi \***

Bazı Demografik Özellikler	Katılıyorum		Katılmıyorum		Toplam		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Yaş</b>							
24-34	165	48.2	177	51.8	342	100.0	0.483
35-44	151	43.1	199	56.9	350	100.0	
45-54	80	47.6	88	52.4	168	100.0	
55 +	25	41.7	35	58.3	60	100.0	
<b>Meslekteki süre</b>							
1-5 yıl	85	45.5	102	54.5	187	100.0	0.523
6-10 yıl	88	52.1	81	47.9	169	100.0	
11-15 yıl	65	42.5	88	57.5	153	100.0	
16-20 yıl	77	47.0	87	53.0	164	100.0	
20 + yıl	99	45.8	117	54.2	216	100.0	
<b>Günlük muayene sayısı</b>							
1-25 kişi	41	42.7	55	57.3	96	100.0	0.019
26-50 kişi	181	50.6	177	49.4	358	100.0	
51-75 kişi	90	50.6	88	49.4	178	100.0	
76-100 kişi	62	44.9	76	55.1	138	100.0	
101-125 kişi	2	14.3	12	85.7	14	100.0	
126-150 kişi	11	47.8	12	52.2	23	100.0	
150'den fazla kişi	20	32.3	42	67.7	62	100.0	

\*Zoonotik hastaların bulaşma riski hizmet sunumunda bana kaygı veriyor.

Katılımcı hekimlerden günde 101-125 hasta muayene edenler, zoonotik hastaların bulaşma riskinin hizmet sunumunda kendilerini kaygılandırmadığını belirtmişlerdir (p<0.05)(Tablo 69).

Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin “Zoonotik hastalıkların küresel ısınmayla birlikte arttığını düşünüyorum.” önermesine katılma durumu Tablo 70’te sunulmuştur.

**Tablo 70. Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin 13.önermeye katılma durumuna etkisi \***

Bazı Demografik Özellikler	Katılıyorum		Katılmıyorum		Toplam		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Yaş</b>							
24-34	158	45.9	186	44.1	344	100.0	0.415
35-44	166	47.3	185	42.7	351	100.0	
45-54	77	45.8	91	44.2	368	100.0	
55 +	35	57.4	26	42.6	61	100.0	
<b>Meslekteki süre</b>							
1-5 yıl	84	44.7	104	55.3	188	100.0	0.012
6-10 yıl	85	49.7	86	50.3	171	100.0	
11-15 yıl	61	39.6	93	60.4	154	100.0	
16-20 yıl	95	57.9	69	42.1	164	100.0	
20 + yıl	105	48.4	112	51.6	217	100.0	
<b>Günlük muayene sayısı</b>							
1-25 kişi	46	47.9	50	52.1	96	100.0	0.437
26-50 kişi	168	47.1	189	52.9	357	100.0	
51-75 kişi	89	49.7	90	50.3	179	100.0	
76-100 kişi	65	46.8	74	53.2	139	100.0	
101-125 kişi	3	21.4	11	78.6	14	100.0	
126-150 kişi	14	60.9	9	39.1	23	100.0	
150'den fazla kişi	29	47.5	32	52.5	61	100.0	

\*Zoonotik hastalıkların küresel ısınmayla birlikte arttığını düşünüyorum.

Araştırmaya katılan hekimlerden meslekte 11-15 yıllık deneyimi olanlar Zoonotik hastalıkların küresel ısınmayla birlikte artmadığını düşünmektedirler. Yaş ve günlük muayene sayısı bu değerlendirmeyi etkilememektedir

Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin “Son yıllarda görülen zoonotik hastalıklar, ülkemize yönelik biyolojik savaş aracı olarak kullanılmıştır.” önermesine katılma durumu Tablo 71’de gösterilmiştir.

**Tablo 71. Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin 14.önermeye katılma durumuna etkisi \***

Bazı Demografik Özellikler	Katılıyorum		Katılmıyorum		Toplam		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Yaş</b>							
24-34	87	25.4	256	74.6	343	100.0	0.641
35-44	77	22.1	272	77.9	349	100.0	
45-54	39	22.8	132	77.2	171	100.0	
55 +	17	27.9	44	72.1	61	100.0	
<b>Meslekteki süre</b>							
1-5 yıl	49	26.2	138	73.8	187	100.0	0.891
6-10 yıl	39	22.9	131	77.1	170	100.0	
11-15 yıl	35	23.0	117	77.0	152	100.0	
16-20 yıl	36	21.7	130	78.3	166	100.0	
20 + yıl	53	24.3	165	75.7	218	100.0	
<b>Günlük muayene sayısı</b>							
1-25 kişi	20	20.8	76	79.2	96	100.0	0.692
26-50 kişi	83	23.4	272	76.6	355	100.0	
51-75 kişi	44	24.7	134	75.3	178	100.0	
76-100 kişi	38	27.3	101	72.7	139	100.0	
101-125 kişi	2	14.3	12	85.7	14	100.0	
126-150 kişi	3	13.0	20	87.0	23	100.0	
150'den fazla kişi	16	25.8	46	74.2	62	100.0	

\*Son yıllarda görülen zoonotik hastalıklar, ülkemize yönelik biyolojik savaş aracı olarak kullanılmıştır.

Tablo 71'deki verilerden, araştırmaya katılan hekimlerin yaşlarının, mesleki deneyimlerinin ve bir günde muayene ettikleri hasta sayısının “Son yıllarda görülen zoonotik hastalıklar, ülkemize yönelik biyolojik savaş aracı olarak kullanılmıştır.” önermesine katılma durumlarını etkilemediği görülmektedir ( $p>0.05$ ).

Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin hekimlerin zoonotik hastalıklar hakkındaki bilgi düzeyine etkisi Tablo 72'de sunulmuştur.

**Tablo 72. Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin hekimlerin zoonotik hastalıklar hakkındaki bilgi düzeyine etkisi**

Zoonotik Hastalıklar Hakkındaki Bilgi Düzeyi *								
Değişken	Bilgi Düzeyi İyi		Bilgi Düzeyi İyi Değil		Toplam		$\chi^2$	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
<b>Cinsiyet</b>								
Erkek	111	20.8	423	79.2	534	100.0	0.021	0.885
Kadın	67	21.2	249	78.8	316	100.0		
<b>Görev</b>								
Pratisyen	86	21.8	308	78.2	394	100.0	3.323	0.190
Asistan	27	15.6	146	84.4	173	100.0		
Uzman	69	21.9	246	78.1	315	100.0		
<b>Basamak</b>								
1	83	24.4	257	75.6	340	100.0	5.031	0.081
2	58	18.6	253	81.4	311	100.0		
3	41	17.6	192	82.4	233	100.0		
<b>Yer</b>								
İl merkezi	97	19.1	411	80.9	508	100.0	1.630	0.202
İlçe	85	22.6	291	77.4	376	100.0		
<b>Sağlık kuruluşu Tipi</b>								
Aile hekimliği	82	24.3	255	75.7	337	100.0	7.910	<b>0.048</b>
Devlet H	51	20.6	196	79.4	247	100.0		
Üniversite	42	17.9	192	82.1	234	100.0		
Özel Sağlık Kuruluşu	7	10.6	59	89.4	66	100.0		
<b>Zoonotik Hastalık geçirme</b>								
Evet	13	15.9	69	84.1	82	100.0	1.239	0.266
Hayır	169	21.1	633	78.9	802	100.0		
<b>Meslek Yaşamında Herhangi Bir Zoonotik Çalışmaya Katılmış Olma</b>								
Evet	23	41.1	33	58.9	56	100.0	15.296	<b>0.001</b>
Hayır	159	19.2	668	80.8	827	100.0		

\*1,4,6,7,9,11 nolu önermeler toplamına göre

Araştırmaya katılan hekimlerden özel sağlık kuruluşları dışındakilerin ve zoonotik çalışmaya katılanların bilgi düzeyi daha iyidir ( $p < 0.05$ ) (Tablo 72).

Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin hekimlerin zoonotik hastalıklara yaklaşımında kendilerini yeterli hissetme düzeyine etkisi Tablo 73’de verilmiştir.

**Tablo 73. Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin hekimlerin zoonotik hastalıklara yaklaşımında kendilerini yeterli hissetme düzeyine etkisi**

Yeterli Hissetme *								
Değişken	İyi		İyi Değil		Toplam		$\chi$	p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
<b>Cinsiyet</b>								
Erkek	117	21.0	440	79.0	557	100.0	0.104	0.747
Kadın	73	21.9	260	78.1	333	100.0		
<b>Görev</b>								
Pratisyen	94	22.9	316	77.1	410	100.0	2.355	0.308
Asistan	32	17.6	150	82.4	182	100.0		
Uzman	67	20.1	266	79.9	333	100.0		
<b>Basamak</b>								
1	88	25.2	261	74.8	349	100.0	6.826	<b>0.033</b>
2	58	17.4	275	82.6	333	100.0		
3	47	19.2	198	80.8	245	100.0		
<b>Yer</b>								
İl merkezi	103	19.1	435	80.9	538	100.0	2.182	0.140
İlçe	90	23.1	299	76.9	389	100.0		
<b>Sağlık kuruluşu Tipi</b>								
Aile hekimliği	88	25.5	257	74.5	345	100.0	7.634	0.054
Devlet H	45	17.1	218	82.9	263	100.0		
Üniversite	47	19.1	199	80.9	246	100.0		
Özel Sağlık Kuruluşu	13	17.8	60	82.2	73	100.0		
<b>Zoonotik Hastalık Geçirme</b>								
Evet	29	30.9	65	69.1	94	100.0	6.385	<b>0.012</b>
Hayır	164	19.7	669	80.3	833	100.0		
<b>Meslek Yaşamında Herhangi Bir Zoonotik Çalışmaya Katılmış Olma</b>								
Evet	32	56.1	25	43.9	57	100.0	45.870	<b>0.001</b>
Hayır	161	18.5	708	81.5	869	100.0		

\*2,3,4 nolu önermelerin toplamına göre



Araştırmaya katılan hekimlerden 1.basamakta çalışanlar, daha önce kendisi ya da ailesinden biri zoonotik hastalık geçirenler ve zoonotik çalışmaya katılanlar, zoonotik hastalıklara yaklaşımda kendilerini daha yeterli hissetmektedirler ( $p<0.05$ ) (Tablo 73).

Tablo 74'te çalışmaya katılan hekimlerin ilgili önermelerde toplam puana göre bilgi düzeyini yeterli olarak tanımlayan model "enter" seçeneği ile oluşturuldu. Bu modele alınan değişkenler, tek değişkenli analizlerde p değeri 0.010'dan küçük bulunmuş olan değişkenlerdir. Tek değişkenli analizlerde basamak ve sağlık kuruluşu tipi benzer tanımları içerdiğinden basamak seçilmiştir. Yine yaş ve meslekte geçen süreden meslekte geçen süre modele alınmıştır. Buna göre zoonotik çalışmaya katılanların bilgi düzeyi zoonotik çalışmaya katılmayanlara göre 3.3 kat anlamlı olarak yeterlidir. Yine ikinci basamakta çalışanların bilgi düzeyi birinci basamakta çalışanlara göre 1.6 kat anlamlı olarak yeterlidir. Ancak üçüncü basamakta çalışanların bilgi düzeyi birinci basamakta çalışanlara göre anlamlı olarak yeterli değildir.

**Tablo 74. Araştırmaya katılan hekimlerin bilgi düzeyinin yeterliliğini etkileyen etkenler**

	Sayı	$\beta$	OR	% 95 GA	p
Sabit Değer	833	-1.801			<b>0.000</b>
Zoonotik çalışmaya katılmamış	778		1.0		
Zoonotik çalışmaya katılmış	55	1.189	<b>3.283</b>	<b>1.826-5.903</b>	<b>0.000</b>
Çalışma süresi	833	0.011	1.011	0.991-1.031	0.282
Birinci Basamak	321		1.0		
İkinci Basamak	281	0.487	1.627	1.035-2.560	<b>0.035</b>
Üçüncü Basamak	231	0.053	1.055	0.661-1.683	0.824

Tablo 75'de çalışmaya katılan hekimlerin ilgili önermelerde toplam puana göre kendini yeterli hissetme düzeyini yeterli olarak tanımlayan model "enter" seçeneği ile oluşturuldu. Bu modele alınan değişkenler, tek değişkenli analizlerde p değeri 0.010'dan küçük bulunmuş olan değişkenlerdir. Tek değişkenli analizlerde basamak ve sağlık kuruluşu tipi benzer tanımları içerdiğinden basamak seçilmiştir. Yine yaş ve meslekte geçen süreden meslekte geçen süre modele alınmıştır. Oluşturulan model anlamlı değildir.

**Tablo 75. Araştırmaya katılan hekimlerin zoonotik hastalıklar konusunda kendini yeterli hissetmesine etki eden etkenler**

	Sayı	$\beta$	OR	%95 GA	p
Sabit Değer	871	0.215			0.575
Zoonotik Hastalık Öyküsü Yok	785		1.0		
Zoonotik Hastalık Öyküsü Var	86	0.512	1.669	0.989-2.818	0.055
Zoonotik çalışmaya katılmamış	815		1.0		
Zoonotik çalışmaya katılmış	56	-1.800	0.165	<b>0.092-0.298</b>	<b>0.000</b>
Çalışma süresi	871	0.027	1.028	1.008	1.048
Birinci Basamak	328		1.0		
İkinci Basamak	300	-0.709	0.492	0.326-0.742	<b>0.001</b>
Üçüncü Basamak	243	-0.462	0.630	0.403-0.985	<b>0.043</b>

## TARTIŞMA

Bu araştırma, Edirne, Tekirdağ ve Kırklareli illerinde çalışan hekimlerin zoonotik hastalıklarla ilgili bilgilerini, görüşlerini, farkındalıklarını ve zoonotik hastalıklara yaklaşımlarını saptamak üzere planlanmıştır. Ayrıca, bu 3 ilde çalışan hekimlerin zoonozlarla ilgili bilgi, görüş ve davranışlarıyla ilişkili faktörleri değerlendirmek, bildirim sistemini ve rehberleri kullanma durumlarını saptamak, zoonotik hastalığı bulunan hastalara hizmet verirken yaşadıkları sorunları, mücadele yöntemlerindeki önerilerini, bilgi kaynaklarını ve zoonozlara yaklaşım konusuna eğitim gereksinimlerini belirlemek amaçlanmıştır.

Bu araştırmadan elde edilen bulguların tartışması dört temel bölüm altında aşağıda sunulmaktadır.

T.1. Hekimlerin sosyo-demografik özellikleri ve zoonotik hastalıklar

T.2. Hekimlerin çalışma koşulları ve zoonotik hastalıklar

T.3. Bildirim sistemi ve zoonotik hastalıklar

T.4. Trakya Bölgesi ve zoonotik hastalıklar

### **T.1. Hekimlerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Zoonotik Hastalıklar**

Araştırmaya katılan hekimlerin % 64.2'si erkektir. Kadın ve erkek hekimler, zoonotik hastalıkların hizmet verdiği bölgede sorun olduğunu düşünmemekte ve zoonotik hastalıkları kolayca tedavi edebildiklerini söylemektedir. Kadın hekimler, erkek hekimlere göre zoonotik hastalıkları daha kolay teşhis edebildiklerini söylemektedir. Erişilebilen literatürde hekimler arasında zoonotik hastalıkları teşhis edebilme konusunda başka bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Kadın hekimler, erkek hekimlere göre anlamlı derecede daha fazla “Kuş gribi ile mücadelede tavukların itlafi doğru bir yaklaşım değildir.” demektedir. Gıda Tarım ve

Hayvancılık Bakanlığı tarafından yayımlanan “Avian İnfluenza Hastalığı Acil Eylem Planında İtlaf (stamping-out) Politikası; Bir hastalığın varlığının doğrulanması halinde, Veteriner Otoritesinin izniyle, sürüde hastalıktan etkilenen ve etkilendiğinden şüphelenilen hayvanların itlaf edilmesini ifade eder. Bu politikada, itlaf, temizlik ve dezenfeksiyon işlemleri gibi diğer kontrol yöntemleriyle birlikte uygulandığında başarılı olunacağı, tek başına itlafın doğru bir yaklaşım olmadığı da belirtilmektedir (120).

Bu çalışmada kadın hekimlerin, kuş gribi ile mücadelede tavukların itlafı yaklaşımını doğru bulmamaları, kadınların merhamet duygusunun daha fazla olduğu ile açıklanabilir. Brizendine (2012) kadınların erkeklere oranla duygusal içerikli durumlara daha hassas tepkiler verdiğini ortaya koyan pek çok araştırma aktarmaktadır. 70 araştırmayı kapsayan bir meta-analiz çalışmasında kadınların erkeklere oranla daha bağışlayıcı olduğu bulunmuştur (121). Beutel ve Marini’ye (1995) göre de kibarlık, acıma, sorumluluk ve adanmak kadınlarda daha çok gelişmiştir (122). İstanbul İlinde 2006 yılında yapılan “Doktorların Kuş Gribi Hakkında Bilgi Düzeyi ve Tutumları” çalışmasında da kadın hekimler, Kuş Gribi (Avian İnfluenza) hastalığı hakkında erkek hekimlere göre, daha fazla endişe duymaktadır (123).

Çalışmamızda erkek hekimler, kadın hekimlere kıyasla zoonotik hastalıkların artışında küresel ısınmanın etkili olduğunu daha fazla düşünmektedir ( $p=0,047$ ).

Araştırmaya katılan hekimler, % 74.2 oranında 24 - 44 yaş grubundadır. Araştırmaya katılan kadın hekimler; ortalama  $35.8 \pm 7.8$  (24-35-61) yaşında iken, erkek hekimler ise; ortalama  $39.9 \pm 9.6$  (25-39-76) yaşındadır.

Yaşın çalışmada sorulan önermelere katılma durumunu anlamlı olarak etkilediği görülmektedir. Yaşın etkisinin olduğu önermeler; bölgede zoonotik hastalıkların fazla olduğunun düşünüldüğü, bildirim sistemiyle ilişkili kaynakların doğru ve yerinde kullanıldığı, zoonotik hastalıkların bildirimlerinin yapıldığı, zoonotik hastalıkların kolayca tedavi edilebilir olduğu konulardır. Bu önermelerin hepsinde önermeye katılanların yaş ortalamaları daha yüksektir. Bunun olası nedeni yaşla birlikte mesleki deneyimin artması olabilir.

Türkiye’de sosyoekonomik gelişmeyle birlikte, bulaşıcı hastalıkların prevalansı da azalmıştır. Dolayısıyla yaş büyük hekimlerin meslek yaşamlarında bu değişimi yaşamış ve bu nedenle bilgi düzeyi ve konuya verdiği önem genç hekimlere göre daha fazla olabilir.

## **T.2.Hekimlerin Çalışma Özellikleri ve Zoonotik Hastalıklar**

Katılımcıların önemli bir bölümü (%43.5) Edirne İli’nden olup, bunu Tekirdağ ve Kırklareli illeri izlemektedir. Hekimlerin çoğu aile sağlığı merkezlerinde (%37.9) ve il merkezlerinde (%58.0) çalışmaktadır. Üniversiteden araştırmaya katılan hekimlerin %78’i

TÜSAM'dan katılmaktadır. Branşlara göre çalışmaya katılım oranı, pratisyen hekimler (%44.6), dahili branşlardaki hekimler (%38.5) ve cerrahi branşlardaki hekimler (%12.4) olarak sıralanmaktadır.

Katılımcılar aynı kurumda çalışılan süre bakımından değerlendirildiğinde; kadın hekimler için bu sürenin ortalama 5 yıl, erkek hekimler için ise 6 yıl olduğu görülmüştür. Bu bulgu, Trakya bölgesinde çalışan hekimlerin orta yaş grubunda olması, Trakya Bölgesi'nin mecburi hizmet ve iller arası atamalarda Türkiye'nin hizmet açısından en iyi bölgeleri arasında yer alması ve tayin vb durumla gelen hekimlerin uzun süre bölgede çalışması ile açıklanabilir.

Çalışmanın yürütüldüğü üç ilde hekimlerin bir gün içinde verdikleri poliklinik hizmeti sayısı ortalama  $70.3 \pm 56.2$  (5-50-450), bir ayda görülen zoonotik hasta sayısı ortalama  $4.6 \pm 6.1$  (1-2-50) olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan hekimlerin % 87.6'sı günde yaklaşık 100 hastaya hizmet vermektedir. Günlük ortalama 70 hasta ve sekiz saatlik mesai verileri göz önüne alındığında; hasta başına 6.8 dakika ayrıldığı anlaşılmaktadır. Ancak araştırmaya katılan hekimlerin % 10'dan fazlası 100'ün üzerinde poliklinik yapmakta, bu hekimlerin hasta başına ayırdıkları süre 5 dakikanın altına inmektedir. Konrad ve arkadaşlarının Alman, İngiliz ve Amerikalı hekimlerle yaptığı çalışmalarla karşılaştırıldığında; hasta muayenesi için Alman hekimlerin yeni başvuran bir hasta başına 16 dk, İngiliz hekimlerin 11 dk ve Amerikalı hekimlerin 32 dakika ayırdıkları anlaşılmaktadır. Rutin muayene için Alman, İngiliz ve Amerikalı hekimler sırasıyla 6/10/18 dakika ayırırken, kapsamlı tam bir fizik muayene için sırasıyla 12/20/36 dakika ayırmışlardır. Ancak hekimler, buna rağmen daha fazla zamana ihtiyaç hissettiklerini ifade etmişlerdir. Üç ülke arasında normlar ve beklentilere göre hekimlerin hastalarına ayırdıkları zaman farklılıklar göstermektedir (124). Türkiye'de hasta başına ayrılması gereken zaman 20 dakika olarak belirtilmektedir (125,126). Hem gelişmiş ülkeler hem de ülkemiz için belirlenmiş standartlarla karşılaştırıldığında; araştırmamıza katılan hekimlerin hastalarına oldukça az zaman ayırdıkları görülmektedir. Ülkemiz için belirlenmiş standartların genel olarak uygulanmadığı yapılan araştırmalarla da ortaya konulmuştur. Örn. Aile hekimliği konsültasyonlarının % 12 ile 21'inin beş dakikadan daha kısa, % 36'sının ise altı ile on dakika arasında sürdüğü tespit edilmiştir (127).

3. Basamakta çalışan hekimlerin bir günde 0-100 hastaya hizmet verme oranı %96.9 iken, 1. Basamak ve 2. Basamakta çalışan hekimlerde bu oran sırasıyla %90.1 ve %78.8'dir. 2. Basamakta çalışan hekimlerin bir günde 101 -250 hastaya hizmet verme oranı % 16.5 iken, 1. ve 3. Basamakta çalışan hekimlerde bu oran sırasıyla % 8.8 ve % 2.7'dir. Hastalarına zaman ayırma bakımından değerlendirildiğinde ikinci basamakta çalışan hekimlerin hasta yoğunluğu göz önüne alındığında hastalarına daha az süre ayırabildikleri görülmektedir.

2015 Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığına göre, kişi başına hekime müracaat sayısı birinci basamakta 2.7 iken, 2. ve 3. Basamakta birinci basamağın yaklaşık iki katı kadar müracaat gerçekleşmiştir ve oran 5.7'tir (128). Bizim çalışmamızda da bu veriyle uyumlu olarak, 2. Basamak hastanelere bir günde başvuran hasta sayısının 1. Basamak sağlık kuruluşlarına başvuranların yaklaşık iki katı kadar olduğu saptanmıştır.

Mesleki deneyimin ve muayene sayısının çalışmada sorulan önermelere katılma durumuna anlamlı olarak etkisi vardır. Araştırmaya katılan hekimlerden 20 yıldan fazla deneyimi olanlar zoonotik hastalıkları kolayca tedavi edebileceğini düşünmektedir. Araştırmaya katılan hekimlerden günde 50 hastadan az muayene yapanlar çalıştıkları kurumun bu hastalıkların tanı ve tedavisi için uygun ve yeterli olduğunu düşünürken, günde 100-150 arası hasta bakanlar zoonotik hastalıkları kolayca tedavi edemeyeceklerini düşünmektedir ( $p<0.05$ ).

Zoonotik hastalıkları kolayca tedavi edemeyeceğini düşünenlerin muayene sayısı anlamlı bir biçimde fazladır. Zoonotik hastalıklar az görülen hastalıklardır, tanı ve tedavisi için iyi soruşturulması gerekir. Muayene sayısının artması ve dolayısı ile bir hastaya ayrılan sürenin azalmasıyla birlikte hekimler hastalarına sundukları tedavi hizmetlerinin aksayabileceğini düşünüyor olabilirler. Literatürde, Vançelik ve arkadaşlarının Erzurum'da yaptıkları çalışmada, çalışmaya katılan pratisyen hekimlerin % 15'inin günde ortalama 30'un altında hasta muayene ettikleri belirtilirken, 90 ve üzeri hasta muayene edenlerin oranı % 21 olarak saptanmıştır. Ortalama muayene süresinin  $8.2 \pm 4.7$  dakika olduğu ve katılımcıların % 12.5'inin hastalara ortalama 1 - 4 dakika zaman ayırdıkları saptanmıştır (99). Bu sürelerde hastanın hem mevcut şikâyetlerine yönelik işlem yapılıp, hem tedavi düzenleyip, hem de arasında zoonotik hastalıkların da yer aldığı halk sağlığı sorunlarına yönelik toplumsal farkındalık yaratmaya yönelik çalışmaların uygulanamayacağı açıktır (129).

Çalışmamızda poliklinik sayısı fazla olan hekimlerin, yetersiz çalışma koşullarına sahip olduğunu ve zoonotik hastalıklara gerekli tedaviyi uygulayamayacaklarını belirtmesi sağlık hizmetlerinde bu konulara dikkat çekilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu durum hekimlerde tükenmişliğe ve duyarsızlaşmaya neden olmuş olabilir. Nitekim Kırklareli, Tekirdağ, Edirne Devlet Hastaneleri acil servisleri ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi acil servisinde çalışanlarda tükenmişlik seviyeleri ve buna etki eden faktörlerin araştırılması konulu tez çalışmasında; aşırı çalışma saatleri, hasta sayıları, iş yükü ve çalışanlar arası uyumsuzluk gibi nedenler ise tükenmişliği artıran sebepler olarak ortaya konmuştur (130).

2015 yılı Sağlık İstatistik Yıllığında yer alan, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü istatistiklerine göre; Türkiye'de

hekimlerin % 54.9'u uzman hekim, %29.5'i pratisyen hekim, %15.4'ü araştırma görevlisidir. Yine ülkemizde yıllara ve sektörlere göre toplam hekim oranının dağılımına bakıldığında; hekimlerin % 58.5'i Sağlık Bakanlığı'nda, % 20.4'ü üniversite hastanelerinde, % 21.1'i özel sektörde çalışmaktadır (128). Türkiye'de sağlık personelinin hizmet birimlerine göre dağılımı incelendiğinde; toplam hekim sayısının hastanelerde 50.815, aile hekimliği birimlerinde 21.696 ve diğer kurumlarda ise 10.078 olduğu görülmüştür (128). Bizim çalışma bulgularımız değerlendirildiğinde; seçilen üç ilde çalışmaya katılan hekimlerin % 36'sı uzman hekim, % 44.6'sı pratisyen hekim ve % 19.3'ü araştırma görevlisidir. Yine sektörlere göre dağılımlarına bakıldığında, % 66,3'ü Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurum ve kuruluşlarda, % 25.6'sı üniversite hastanelerinde, % 7.9'u özel sektörde çalışmaktadır. Araştırmaya katılan hekimlerin hizmet birimlerine göre dağılımı incelendiğinde; toplam hekim sayısının hastanelerde 542 (% 54), aile hekimliği birimlerinde 380 (% 37.9) ve diğer kurumlarda ise 80 (% 8) olduğu görülmüştür. Bu verilerin 2015 yılı Sağlık İstatistik Yıllığında yer alan Türkiye verileri ile benzerlik gösterdiği anlaşılmaktadır.

Bu çalışmada, poliklinikte zoonotik hasta gördüğünü belirten hekimlerin çoğunun hastanelerde çalıştığı, il merkezinde görev yaptığı, daha önce zoonotik hastalık geçirdiği, daha önce zoonotik hastalık tanısı koyduğu ve bildirim yaptığı belirlenmiştir.

Daha önce zoonozlarla ilgili bir çalışmanın içinde yer alan hekimler; zoonotik hastalıkların hizmet verdiği bölgede sorun olduğunu, zoonotik hastalıkları kolayca teşhis edebildiğini, zoonotik hastalıkların kesin tanı, laboratuvar veya numune alma aşamalarında Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberine başvurduğunu, çalıştığı kliniğin bu hastalıkların tanı ve tedavisi için uygun ve yeterli olduğunu ve zoonozla mücadelenin multidisipliner olduğunu düşünmektedirler.

Hekimlerin, birinci, ikinci veya üçüncü basamakta çalışmaları; zoonotik hastalıkları kolayca teşhis edebilmelerini, Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberine başvurmalarını, çalıştıkları klinikleri bu hastalıkların tanı ve tedavisi için uygun ve yeterli görmelerini ve zoonotik hastalıkların bildirimini yapılması gerektiğini anlamlı olarak etkilemektedir.

Hekimlerin il merkezi veya ilçede çalışmaları; zoonotik hastalıkları kolayca teşhis ve tedavi edebilmelerini, çalıştığı kliniğin bu hastalıkların tanı ve tedavisi için uygun ve yeterli görmesini anlamlı olarak etkilemektedir. İl merkezinde görev yapan hekimler, periferde çalışan hekimlere göre bu durumlara daha fazla katılmışlardır.

Araştırmaya katılan hekimlerin ASM'de, devlet hastanesinde, üniversitede veya özel sağlık kuruluşlarında çalışmaları; zoonotik hastalıkları kolayca teşhis edebilmelerini, Sağlık

Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberine başvurmasını, çalıştığı kliniğin bu hastalıkların tanı ve tedavisi için uygun ve yeterli görmesini anlamlı olarak etkilemiştir.

Daha önce zoonotik hastalık geçirdiğini söyleyen hekimler, zoonotik hastalıkları kolayca teşhis edebildiklerini söylemektedir.

“Zoonotik Hastalıkları kolayca tedavi edemiyorum” önermesine katılma durumu, hekimlerin çalıştığı basamağa, çalıştığı kuruma ve uzmanlık alanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmaktadır ( $p<0,005$ ). Üçüncü basamağa doğru gidildikçe katılmıyorum cevabı verenlerin oranı artmıştır. Dahili ve cerrahi branşta olanlar, pratisyenlere göre daha fazla oranda katılmıyorum cevabı vermişlerdir. Basamak sayısının yükselmesi, branş hekimi olma ve donanımlı hastanede çalışma durumları, kolay tedavi edebildiğini düşünen hekimlerin oranını artırmaktadır. Örneğin kist hidatik ülkemizde sık görülen bir hastalıktır, tedavisi cerrahidir. Genel cerrahi uzmanı bir hekimin bu hastalığı daha iyi tedavi edebileceği aşıkardır.

“Çalıştığım aile sağlığı merkezi/hastane/kliniğin bu hastalıkların tanı ve tedavisi için uygun ve yeterli olduğunu düşünüyorum” önermesine katılma durumu ile hekimin çalıştığı basamak, çalıştığı kurum ve uzmanlık alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0,001$ ). Birinci basamakta çalışan hekimler diğer basamaklardaki hekimlere göre; pratisyen hekimler branş hekimlerine göre; ASM’lerdeki hekimler diğer kurumlarda (devlet hastanesi, tıp fakültesi, özel sağlık kurumları) çalışan hekimlere göre daha fazla oranda katılmıyorum cevabı vermişlerdir. Bu sonuçlar birinci basamakta çalışan hekimlerin, tetkik, görüntüleme olanakları yönüyle ikinci ve üçüncü basamağa göre daha kısıtlı imkanlara sahip olmaları biçiminde yorumlanabilir.

“Görev yaptığım birimde zoonotik hastalıklar kolayca tedavi edilebilir” önermesine hekimlerin katılma durumları ile çalıştıkları kurum, çalıştıkları basamak ve uzmanlık alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0,001$ ). İlgili soruya gösterilen yaklaşım ile ‘Çalıştığım aile sağlığı merkezi/hastane/kliniğin bu hastalıkların tanı ve tedavisi için uygun ve yeterli olduğunu düşünüyorum’ önermesine katılma durumu arasında ilişki olmadığı saptanmıştır ( $p=0,319$ ).

### **T.3.Bildirim Sistemi ve Zoonotik Hastalıklar**

Hekimlerin zoonotik hastalıklar ve bildirim sistemi ile ilişkisi; zoonotik hastalıkları bildirmeleri, Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve



Laboratuvar Rehberinin varlığından haberdar olma ve rehberi kullanma durumları, bildirim sistemine yönelik önerileri üzerinden değerlendirilmiştir.

İlgili soruya cevap veren 948 hekimin % 75'inin zoonotik hastalıklar içinde bildirim zorunlu olan hastalıkların var olduğunu belirtmesi sevindiricidir. Bildirim sistemimiz içinde A,B,C ve D grubu hastalık grupları içerisinde zoonotik hastalıklar yer almaktadır. Araştırma grubumuzdaki 153 hekimin (% 16.1), zoonotik hastalıklar içinde bildirim zorunlu olan hastalık varlığını “bilmiyorum” demesi düşündürücüdür. Bildirim sisteminin varlığı ve tanınırlığı konusunda taraflara çok iş düşmektedir. Çalışmaya katılan hekimlerin herhangi bir zoonotik hastalık için bildirim yapma durumu incelendiğinde; yalnızca 1/3'ünün bildirim yaptığı anlaşılmıştır. Araştırmaya katılan hekimlerden yalnızca mesleki deneyimi 1-5 yıl olan hekimlerin Zoonotik Hastalıkların bildiriminde eksiklik gördüklerini ifade ettiği anlaşılmıştır (p<0.05).

“Bildirim sisteminin bilinirliğini değerlendirmeden önce, hekimler zoonotik hastalıkları tanıyorlar mı diye bakmak gerekir” düşüncesinden hareketle; araştırma sırasında hekimlere daha önce kendisi veya birinci derece yakınının zoonotik hastalık geçirip geçirmediği, geçirdilerse hangi hastalıkları geçirdikleri sorulmuş, hekimlerin 21'i kendisinin, 82'si birinci derecede yakınının zoonoz geçirdiğini belirtmiştir. En sık dile getirilen hastalık Bruselloz'dur. Yanıtlar arasında yer alan Uyuz (Scabies, Sarcoptes Scabiei), paraziter bir hastalık olup, köpek-kedi uyuzu (Sarcoptes Scabiei Canis) tipi insanlara bulaşabilen bir hastalıktır. Yine yanıtlar arasında yer alan tüberküloz hastalığının en yaygın etkeni olan Mycobacterium Tuberculosis variete hominis, insanlar arası yaygın enfeksiyona neden olup, tüberküloz alt tiplerinden, sığır tüberkülozu (Mycobacterium Bovis) zoonotik bir hastalıktır. Ancak hekimlerin yanıtları arasında ayrımı belirtilmediğinden, zoonotik hastalıkları tanıdıkları kabul edilerek, tüberküloz ve scabies yanıtları zoonotik hastalık olarak kabul edilmiştir.

“Hiç zoonotik hastalık tanısı koydunuz mu ?” sorusuna “Evet” diyen 477 hekimin bildirim yapma durumları irdelendiğinde; %40'ının bildirim yapmadığı görülmüştür. Araştırmaya katılan hekimlerin uyuz, grip, tüberküloz vb hastalıkları zoonoz olarak kabul edip bildirdiği anlaşılmıştır. İfade edilen hastalıklardan bazıları paraziter hastalık olup, bazıları zoonotik karakterdeki hastalıklardır. Hepatit ve grip dışındaki hastalıkların alt tipleri zoonotik karakterde olduğundan zoonoz olarak kabul edilebilir. Bulgularımıza göre katılımcı hekimlerin zoonotik hastalıkları veya zoonotik karakterdeki hastalıkları tanıdıkları ve ifade edebildikleri söylenebilir.

Zoonotik hastalık bildirimini yaptığını söyleyen hekimlere, “Bildirim yaparken yararlandığınız kaynak, rehber var mı ?” sorusu sorulmuş, cevap verenlerin yarıya yakınının bildirimde kaynak/rehber kullanmadıkları anlaşılmıştır.

Daha önce zoonotik hastalıklarla ilgili çalışmanın/araştırmanın içinde yer aldığını söyleyen 59 hekim olduğu anlaşılmıştır. Hekimlere nasıl bir çalışmada buldukları sorulduğunda, 33 hekim Trakya’da ya da daha önce görev yaptıkları diğer illerde zoonotik hastalıklarla ilgili bilimsel bir çalışma içinde yer aldıklarını, 11 hekim zoonotik hastalıklarla ilgili bir salgın çalışmasında yer aldığını, 4 hekim zoonotik hastalıklarla ilgili eğitim çalışmasında görev aldığını, 4 hekim de zoonotik olmayan durumlarda çalıştığını ifade etmiştir.

Araştırmaya katılan hekimlerin, çalıştığı basamaklara göre Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberine başvurma oranları istatistiksel olarak anlamlı biçimde yüksek bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Rehber kullandığını belirten hekimlerin yaklaşık yarısı (% 44.7) Sağlık Bakanlığı’na bağlı birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerdir.

İzmir ilinde sağlık hizmeti veren değişik kurumlar arasında bulaşıcı hastalık bildirimleriyle ilgili 2003 yılında yürütülen bir çalışmada; serolojik olarak tanı olanağı bulunan, bildirim zorunlu hastalıklardan hepatit A, B, bruselloz, sifiliz, kızamık ve HIV/AIDS hastalıklarından laboratuvarda saptanan olgular ile İl Sağlık Müdürlüğü’ne yapılan bildirimler eşleştirilmiştir. Metropolde yer alan kurumlarda ve üçüncü basamak kamu hastanelerinde saptanan olguların bildirilme oranı diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Sağlık Bakanlığı Hastaneleri’nde saptanan olguların bildirim oranı diğer hastanelerden daha yüksek bulunmuştur (131).

Bizim araştırmamızda, ‘Zoonotik Hastalıkların yeterince bildirim yapılmaktadır.’ önermesine katılıyorum diyen hekimlerin, cinsiyet, medeni durum, çalıştığı basamak, çalıştığı kurum ve uzmanlık alanlarına göre dağılımları incelendiğinde; *çalışılan basamak ve çalışılan kurumun bildirim etkilediği saptanmıştır* ( $p<0,05$ ). Yeterince bildirim yapıldığını düşünen hekimlerin yaklaşık yarısı (% 45,5) birinci basamakta çalışmaktadır (Tablo 59).

“Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberine kesin tanı veya laboratuvar veya numune alma aşamalarında başvuruyorum” önermesine katılma durumu ile hekimlerin çalıştığı basamak, kurum ve uzmanlık alanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. ( $p<0,05$ ). Rehber başvuruyorum diyen hekimlerin oranı, pratisyenlerde dahili ve cerrahi branşlara göre ve aile sağlığı merkezinde çalışanlarda diğer kamu kurumlarında çalışan hekimlere göre daha yüksektir.

Katılımcılardan yaşı ve mesleki deneyimi fazla olan (35 yaşından büyük ve 16 yıl ve daha fazla deneyimi olan hekimler) ve günde 26-100 arası hasta bakan hekimler; Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberine kesin tanı veya laboratuvar veya numune alma aşamalarında başvurduklarını belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan hekimlerin zoonotik hastalığı olan kişilere hizmet verirken zorlandığı 1. öncelikli alanlar sıralandığında; hastaların yanlış/eksik bilgi vermelerinin ilk sırada olduğu görülürken, ihbar ve bildirim yapma alanında zorlandığını söyleyenler daha azınlıktadır. Bu durum ya bildirim yapma konusunda zorlanmadıkları ya da böyle bir sorunun farkında olmadıkları şeklinde değerlendirilebilir.

Araştırmaya katılan hekimlerin zoonotik hastalıklarla mücadelede konusunda ilk sıradaki önerileri incelendiğinde; “Eğitim-Bilgilendirme Yapılmalı” önerisi önerilerin yaklaşık yarısını oluşturmaktadır. Diğer öneriler; hayvanlardan korunmak, çiğ et/süt tüketmeme, paçalara çorap uygulaması, kenelerle mücadele, keklik sayısının artırılması, sokak köpeklerinin kısırlaştırılması ve hayvan sağlığı çalışmalarıdır. Bildirim sistemi güçlendirilmeli önerisi (% 2.6) sayıca az olsa da dikkate değer bir öneri olarak görülmektedir.

Araştırmaya katılan hekimlerin son 1 yıl içinde zoonotik hastalıklar hakkında eğitim alma durumları sorgulandığında; soruya yanıt verenlerin % 38’inin eğitim aldıkları görülmüştür. Bu oran, çalışmamızda herhangi bir zoonotik hastalık için bildirim yaptığını söyleyen % 31 oranı ile de benzerdir. “Son bir yıl içinde herhangi bir zoonotik hastalık hakkında eğitim aldım” cevabını veren hekimlerin, almamış olanlara göre Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberine başvurma oranları daha yüksektir (p=0,036).

Son bir yıl içinde zoonotik hastalıklar hakkında eğitim aldığını belirten hekimlerin önemli bir bölümü (% 71) bu eğitimleri Sağlık Müdürlüğü’nden aldıklarını belirtmişlerdir. Eğitim alan bu hekimler zoonotik hastalıklarla ilgili çalışmalarını yürüten kurum ve kuruluşlar arasında birinci öncelikli olarak Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının (% 81) olduğunu ifade etmişlerdir.

Hekimlerin çalıştığı basamağa göre son bir yıl içinde zoonotik hastalıklar konusunda eğitim aldığını belirtme oranları istatistiksel olarak farklıdır (p<0,001). Eğitim aldığını belirten hekimlerin yaklaşık yarısının birinci basamakta çalışan hekimler olduğu görülmektedir.

Çalışılan basamağa göre tabakalandırılarak; hekimlerin Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberini kullanımı ve son bir yıl içinde zoonotik hastalıklar konusunda eğitim alma durumu arasındaki

ilişki incelendiğinde; tek tek tabakalar arasında her hangi bir farklılık olmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ).

Birinci basamakta çalışan hekimler, diğer basamaklarda çalışan hekimlere göre daha fazla oranda son bir yılda eğitim aldıklarını ve diğer hekimlere göre daha fazla oranda rehber kullandıklarını belirtmişlerdir. Alınan eğitimin rehber kullanımına etkisi konusunda istatistiksel olarak bir farklılık saptanmamış olmakla birlikte oransal olarak incelendiğinde, eğitim alan hekimlerin rehber başvurma eğilimlerinin arttığı söylenebilir.

#### **T.4.Trakya Bölgesi ve Zoonotik Hastalıklar**

Araştırmaya katılan hekimler en fazla brusella hastalığını (% 44,2), ardından KKKA ve kuduz şüpheli ısırık vakalarını bildirdiklerini söylemişlerdir.

Katılımcıların hizmet verdikleri bölgede var olduğunu düşündükleri zoonotik hastalıklar listesinde, Brusella'nın ilk sırada olduğu (% 55.5), bunu KKKA (% 18.6) ve Kuduz Şüpheli Isırık (% 7.4) vakalarının takip ettiği görülmüştür. Diğer yandan, “zoonotik hastalıkların hizmet verdiğim bölgede sorun olduğunu düşünüyorum” önermesine hekimlerin çoğunluğu katılmıyorum cevabını vermiştir. Pratisyen ve uzman hekimlerin, bölgede zoonotik hastalıkların sorun olmadığını söylemesi istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

Araştırmacının 04.10.2013 tarihli talep yazısı üzerine Tekirdağ Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün yazdığı 13.12.2013 tarihli cevabi yazılarında, 2012 yılında Tekirdağ ilinde görülen zoonotik hastalıklar; 466 vaka ile uyuz, 227 vaka ile ascariasis, 105 vaka ile brusella, 13 vaka ile salmonelloz, 4 vaka ile batı nil virüsü hastalığı, 3 vaka ile kist hidatik, 2 vaka ile trichomoniasis, 2 vaka ile teniasis, 1 vaka ile giardiasis olarak belirtilmiştir. Bu hastalıkların enfeksiyon hastalıkları, dahiliye ve çocuk hastalıkları uzmanları tarafından bildirimde bulunduğu ifade edilmiştir.

Kırklareli Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün 10.10.2013 tarihli cevabi yazıları ile 2012 yılında Kırklareli İlinde görülen zoonotik hastalıklar; 957 vaka ile Kuduz Şüpheli Isırık, 29 vaka ile Bruselloz, 2'si vefat etmiş 5 KKKA vakası, 1 Giardiasis vakası olarak belirtilmiş ve bildirimde bulunan hekimler; enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanı, bakteriyoloji ve enfeksiyon hastalıkları uzmanı, acil poliklinik hekimleri, dahiliye uzmanları olarak belirtilmiştir.

Edirne Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün 04.10.2013 tarihli cevabi yazıları ile 2012 yılında Edirne İlinde görülen zoonotik hastalıklar; 9 vaka ile Paraziter Hastalıklar, 98 vaka ile Scabiyez, 27 vaka ile Pediküloz, 1 vaka ile Enterobiyozis vakası olarak belirtilmiş ve bildirimde bulunan hekimler; deri ve zührevi hastalıklar uzmanı ve çocuk hastalıkları uzmanı olarak belirtilmiştir.

Tarım ve hayvancılıkla uğraşan Trakya’da kuduz şüpheli ısırık vakalarının (1,2) ve brusella hastalığının zoonotik hastalıklar arasında fazlaca yer aldığı (16) sağlık kurumları tarafından resmi olarak bildirilmiştir. KKKA (6,10), Batı Nil Virüsü Hastalığı (1,6,10,36) gibi yeni ortaya çıkan zoonotik hastalıkların (YZH) da (7,32) bölgede görülmeye başlandığı, ayrıca paraziter hastalıkların da sıkça görüldüğü de yanıt yazılarında görülmüştür.

Trakya’da resmi kurumlarca da dile getirilen bazı zoonotik hastalıklar, bu bölgede insan ve hayvanlarla yapılmış olan çeşitli araştırmalarla da ortaya konulmuştur. Bölgede brusella hastalığı riski olan hayvanlarla yapılan çalışmalar (56-59, 62), hastalığı geçiren insanlarla yapılan çalışmalar (60-61, 64-66), hayvanlarda kist hidatik tanısına dönük çalışmalar (67,68), yine kenelerde ve insanlarda KKKA etkenini göstermeye yönelik çalışmalar (74-76) bu verileri desteklemektedir.

## SONUÇLAR

Son yıllarda zoonotik hastalıkların toplumu tehdit potansiyeli ve halk sağlığındaki sorunsal yeri giderek artmaktadır (3). Ülkemizde tehditkâr potansiyelini koruyan bruselloz, tüberküloz, şarbon, kuduz, kist hidatik gibi zoonotik hastalıkların Trakya Bölgesi için de önemini koruduğu araştırmaya katılan hekimlerce ifade edilmiştir.

Bu tez çalışması ile;

\*Hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özellikleri birlikte değerlendirildiğinde zoonotik hastalıkların hizmet verdikleri bölgede sorun olmadığını düşündükleri,

\*Trakya bölgesinde araştırmaya katılan hekimlerin en fazla brusellozis hastalığını bildirdiği, bunu KKKA ve kuduz şüpheli ısırık vakalarının takip ettiği,

\*Hekimlerin % 87.6'sının günde 100 hasta ve altında hastaya hizmet verdiği,

\*Hekimlerin bir ay içinde hizmet verdiği zoonotik hasta sayısının %40.1 oranıyla 2-3 hasta olduğu,

\*Hekimlerin %2'sinin daha önce zoonotik hastalık geçirdiği, %8'inin daha önce birinci derece yakınlarının zoonotik hastalık geçirdiği,

\*Daha önce zoonotik hastalıklarla ilgili çalışmanın / araştırmanın içinde yer aldığını söyleyen %6 oranında hekim olduğu, bu hekimlerin Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberine kesin tanı veya laboratuvar veya numune alma aşamalarında daha fazla başvurdukları,

\*Birinci basamakta çalışan hekimlerin, diğer basamaklarda çalışan hekimlere göre daha fazla oranda eğitim aldıkları,

\*Sağlık Bakanlığı ulusal bildirim, tanı, tedavi rehberini kullandığını belirten hekimlerin yaklaşık yarısının birinci basamakta çalışan hekimler olduğu,

\*Eğitim alan hekimlerin Sağlık Bakanlığı ulusal bildirim, tanı, tedavi rehberine başvurma eğilimlerinin arttığı,

\*Birinci Basamakta alışan hekimlerin zoonotik hastalıkların yeterince bildirildiğini dūřındıkları,

\*Hekimlerin sadece üçte birinin herhangi bir zoonotik hastalık için bildirim yaptığı, büyük çoğunluğun bildirim yapmadığını söylediği,

\*Araştırmaya katılan kadın hekimler, asistan ve uzman hekimler, 2.ve 3. basamakta çalışan, il merkezinde çalışan, mesleki hayatlarının bir döneminde zoonozlarla ilgili bir araştırmaya katılan hekimlerin zoonotik hastalıkları kolayca teşhis edebildikleri ve çalıştıkları ASM/hastane/kliniğin bu hastalıkların tanı ve tedavisi için uygun ve yeterli olduğunu dūřındıkları,

\*35 yaşından büyük, 16 yıl ve daha fazla mesleki deneyimi olan hekimler ile günde 26-100 arası hasta bakan hekimlerin, Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberine kesin tanı veya laboratuvar veya numune alma aşamalarında başvurdukları,

\*Pratisyen hekimlerin zoonotik hastalıkların bulaşma riski nedeniyle hizmet sunarken kaygı duydukları,

\*20 yıldan fazla deneyimi olan hekimlerin zoonotik hastalıkları kolayca tedavi edebileceğini dūřındıkları,

\*Günde 100-150 arası hasta bakan hekimlerin zoonotik hastalıkları kolayca tedavi edemeyeceklerini dūřındıkları,

\*Günde 50 hastadan az muayene yapan hekimlerin, çalıştıkları kurumun bu hastalıkların tanı ve tedavisi için uygun ve yeterli olduğunu söyledikleri, görev yaptıkları birimde zoonotik hastalıkların kolayca tedavi edilebileceğini dūřındıkları,

\*Araştırmaya katılan hekimlerden özel sağlık kuruluşları dışında çalışanların ve zoonotik çalışmaya katılanların bilgi düzeyinin daha iyi olduğu,

\*Araştırmaya katılan hekimlerden 1.basamakta çalışanlar, daha önce kendisi ya da ailesinden biri zoonotik hastalık geçirenler ve zoonotik çalışmaya katılanların, zoonotik hastalıklara yaklaşımda kendilerini daha yeterli hissettikleri,

\*Zoonotik çalışmaya katılan hekimlerin bilgi düzeyinin zoonotik çalışmaya katılmayan hekimlere göre 3.3 kat anlamlı olarak yeterli olduğu,

\*İkinci basamakta çalışan hekimlerin bilgi düzeyinin, birinci basamakta çalışan hekimlere göre 1.6 kat anlamlı olarak yeterli olduğu,

\*Araştırmaya katılan hekimlerin zoonotik hastalığı olan kişilere hizmet verirken zorlandığı 1. öncelikli alanlar sıralandığında; hastaların yanlış/eksik bilgi vermelerinin ilk sırada olduğu, bunu laboratuvar olanaklarının yetersizliği ve ayırıcı tanı konularındaki zorlukların izlediği,

\*Hekimlerin zoonotik hastalıklarla mücadelede konusunda önerilerine bakıldığında “Eğitim-Bilgilendirme Yapılmalı” önerisinin, önerilerin yaklaşık yarısı olduğu, bu öneriyi hayvanlardan korunma, çiğ et/süt tüketmeme, paçalara çorap uygulaması yapma, kenelerle mücadele edilme vb önerilerin izlediği,

\*Son bir yıl içinde zoonotik hastalıklar hakkında eğitim aldığını belirten hekimlerin bu eğitimleri Sağlık Müdürlüğü, kongre ve sempozyumlar ile enfeksiyon komitelerinden aldığı,

\*Hekimlerin zoonotik hastalıklarla ilgili çalışmaları yürüten kurum ve kuruluşların başında Sağlık Bakanlığı'nın olduğu, bunu tıp fakültesi hastaneleri ve üniversitelerin izlediğini belirttikleri,

\* Zoonotik hastalıklara yaklaşımda hekimlerin, sağlık hiyerarşisinde buldukları yere uygun davrandıkları ortaya konmuştur.

Zoonotik hastalıkların toplumsal bir sorun olmasını önlemek için etkin şekilde savaşmak, bu hastalıkların bir kısmına yönelik yürüyen korunma ve kontrol programlarının geliştirilmesi, kontrol programı olmayanlara yönelik programlar geliştirilmesi gerekmektedir. Bu sürecin başarılı bir şekilde yürütülebilmesi için enfeksiyon zincirinin kırılması, zincirin kırılabilmesi için de onu oluşturan öğelerin iyi tanınması gerekir. Zoonozlarla savaşta enfeksiyon zincirinin her bir noktasına dönük önlemler alınmalıdır (132,133).

Kaynağa Yönelik önlemler; Hayvan sağlığı ve veteriner hizmetlerinin uluslar arası standartlara uygun bir biçimde geliştirilmesi, veteriner halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilmesi, kesin tanı konulması ve kaynağın bulunması, hasta hayvanların filyasyonu, hasta insanların tedavisi, bildirim, ayırma ve dezenfeksiyon, insan yerleşim yerlerinin yabanıl yaşamın sürdürülebilirliğini bozacak ya da ortadan kaldıracak biçimde yabanıl yaşam alanlarının içlerine girmesine izin verilmemesi olarak sıralanabilir.

Bulaşma yolu/aracına yönelik önlemler; Hekim, veteriner hekim işbirliğinin geliştirilmesi, çeşitli bakanlıkların işbirliğine uygun biçimde yapılandırılması, hayvancılığın dünya standartlarına göre geliştirilmesi, bilinçli hayvan yetiştiriciliği yapılmasının sağlanması, hayvan ürünleri sağlığı, kemiricilerin uzaklaştırılması ve vektörlerle mücadele biçiminde özetlenebilir.

Sağlam kişiye yönelik önlemler; aşılama, sağlık eğitimi, karantina ve gözlem biçiminde sıralanabilir. Bu önlemler çalışmaya katılan hekimler tarafından da dile getirilmiştir.



Zoonotik hastalıklarla mücadelenin her aşamasında ilgili tüm birimler işbirliği yapmalı, insan ve hayvan sağlığının en iyi düzeye ulaşabilmesi için multidisipliner çalışmanın önemi hep göz önünde bulundurulmalıdır (132, 133). Araştırmamızda zoonotik hastalıklar konusunda eğitim alan hekimlerin multidisipliner çalışma fikrine daha çok katıldıkları bulgusu da bu konunun önemini göstermektedir.

Etkili bir sürveyans çalışması veri toplama kadar, toplanan verilerin paylaşımını da içermek zorundadır. Sağlık Bakanlığı'nın, Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı'nın, Belediyelerin ve ilgili diğer kurumların zoonotik hastalıklarla mücadele konusundaki tüm yükümlülüklerini yerine getirmeleri gerektiği, bu araştırmada da ortaya çıkmıştır. Bu koordinasyonu her düzeyde sağlamak ve yerel düzeydeki işbirliğini teşvik etmek için tüm kurumların işbirliğine ihtiyaç vardır.

Sağlık Bakanlığı tarafından zoonotik hastalıkların önlenmesine dönük çalışmaların planlanması, bildirim sisteminin geliştirilmesi, olgu yönetim algoritmalarının oluşturulması ve yerel düzeyde uygulanmasının sağlanmasına yönelik çeşitli çalışmalar yürütülmektedir. Yeni ortaya çıkan zoonotik hastalıkların varlığı göz önüne alındığında; çevre sağlığı, sağlık eğitimi, kurumlar ve sektörler arası işbirliği ile bölgesel hastalık oranlarının belirlenmesi gibi konularda bilimsel çalışmalar yapılmalıdır.

Zoonotik hastaların çeşitli bulgularla öncelikle birinci basamak sağlık kurumlarına başvuruyor olmaları nedeniyle, birinci basamakta çalışan sağlık profesyonellerinin bilgilerinin yenilenmesi, standard tanı-sağaltım şemaları oluşturularak periyodik eğitimlerin yürütülmesi son derece önemlidir. Araştırmamızda Trakya bölgesinde hizmet veren birinci basamak hekimlerinin, zoonotik hastalıklara yaklaşımlarında ve koruyucu hekimlikte diğer basamaklarda çalışan hekimlere göre daha ön planda oldukları, bildirim sistemini tanıdıkları ve kullandıkları ortaya çıkmıştır. Zoonotik hastalıklar sınıfında yer almayan bazı vektörel hastalıkları zoonoz olarak değerlendirdikleri durumlar, yaşı genç olan ve az hasta gören birinci basamak hekimlerinin geliştirmeleri gereken konular olarak ön plana çıkmaktadır. Asistan ve uzman hekimlerin zoonotik hastalara yönelik klinik yaklaşımlarda ve tedavi edici hizmetlerde bilgi düzeyi olarak daha iyi oldukları görülmüştür. Çalışmamızın ortaya koyduğu bir başka gerçek de; zoonotik hastalıklara yaklaşımda hekimlerin, sağlık hiyerarşisinde buldukları rollere uygun davrandıkları bulgusudur. Buna karşın koruyucu hekimlik uygulamalarına yalnızca birinci basamak hekimlerinin değil, uzman hekimlerin de katılması gereklidir ve bu durum zoonotik hastalıklarla mücadele yaklaşımlarına katkı sağlayacaktır.

Ülkemizdeki çeşitli araştırmalardan elde edilen bulgular ve resmi sağlık istatistikleri karşılaştırıldığında; hastalık bildirimlerinin tüm olguları kapsamadığı anlaşılmaktadır. Bildirim

sistemi daha iyi sonuçlar verinceye dek ülkenin gerçek verilerine ulaşmak amacıyla çok merkezli prevalans çalışmaları yapılmalı, paydaşlar sürece dahil edilmelidir. Çalışmamızda yer alan hekimlerin, bu tür hastalara hizmet verirken kendilerini yeterli hissettikleri görülmüştür. Bu sonuçlara göre, yapılacak prevalans çalışmalarında bölgede çalışan hekimlerin de süreçte yer alması oldukça önemli katkılar sağlayacaktır.

Kontrol önlemlerinin alınmasında Sağlık Bakanlığı, Belediyeler, Gıda Tarım Hayvancılık Bakanlığı, Üniversiteler ve tüm STK larla koordinasyon içinde olunması zoonotik hastalıklarla mücadelede son derece önemlidir. Araştırmamızda hekimler, zoonotik hastalıklarla mücadelede en çok zorlandıkları alan olarak, hastaların yanlış veya eksik bilgi verdiklerini belirtmişlerdir. Başta hekimler olmak üzere sağlık personelinin ve halkın bilinçlendirilmesi bu konuda en önemli noktalardan biridir.

Yerel, ulusal ve evrensel anlamda insanların, hayvanların ve çevrenin tam sağlığa ulaştırılması için farklı disiplinlerin birlikte çalışması ve işbirliğini ifade eden Tek Sağlık Yaklaşımı benimsenmeli ve uygulanmalıdır. Tek Sağlık Yaklaşımı, veteriner hekimliği ve insan hekimliği arasında bütünleyici bir yaklaşım olarak zoonozlarla mücadelede ana hedef olmalıdır.

## ÖZET

Bu araştırma, Trakya Bölgesi'nde çalışan hekimlerin zoonotik hastalıklara yaklaşımlarını, bildirim sistemini kullanma durumlarını saptamak, yaşanan sorunları tespit etmek amacıyla planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

Çalışma kesitsel tipte olup, gerekli izinler alındıktan sonra Trakya illerinde birinci, ikinci, üçüncü, basamak özel veya kamu sağlık kurumlarında çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü 1002 hekimle, 2013-2017 yılları arasında yürütülmüştür. Araştırmada örneklem seçimi yapılmamış, veriler araştırmacılarca geliştirilmiş anket formlarıyla toplanmıştır.

Araştırmaya katılan hekimlerin %37.9'unun aile sağlığı merkezinde, %28.4'ünün devlet hastanesinde, %25.8'inin tıp fakültesi hastanesi, %8'inin özel sağlık sektöründe çalıştığı belirlenmiştir. Araştırmada bir gün içinde hizmet verilen hasta sayısı ortalama  $70.3 \pm 56.2$  (Min.:5-, Ortanca:50, Maks.:450) iken, bir ayda hizmet verilen zoonotik hasta sayısı  $4.6 \pm 6.1$  (Min.:1- Ortanca:2- Maks.:50) dir. 'Zoonoz tanısı koydum' diyen hekimlerin %58.4'ü bildirim yaptığını söylemiştir. Bildirim yapanların %73.2'sinin Sağlık Bakanlığı Ulusal Rehberini kullandığı, yarısının 1. Basamak hekimleri olduğu anlaşılmıştır ( $p < 0.05$ ). Hekimlerin Trakya bölgesinde var olduğunu düşündükleri zoonotik hastalıklar sırayla Brusella, Kırım Kongo Kanamalı Ateşi ve kuduz şüpheli ısırığıdır.

Hekimler, zoonotik hastalıklarla mücadelede Hizmet içi ve Halk Eğitimleri ile Hayvan Sağlığı Çalışmalarının Güçlendirilmesi önerisini getirmişlerdir. Araştırmada Trakya bölgesinde hizmet veren birinci basamakta çalışan hekimlerin, diğer basamaklarda çalışan hekimlere göre zoonotik hastalıklara yaklaşımlarında koruyucu hekimlikte daha ön planda oldukları, bildirim sistemini tanıdıkları ve kullandıkları; asistan ve uzman hekimlerin zoonotik hastalara yönelik

tedavi edici hizmetlerde daha öncü olduğu görölmüştür. Zoonotik hastalıklara yaklaşımda hekimler, sağlık hiyerarşisinde buldukları yere uygun davranmaktadırlar.

**Anahtar Kelimeler:** Trakya, zoonotik hastalıklar, hekimler, birinci basamak, bildirim sistemi.



# **EVALUATION OF AWARENESS OF ZOOONOTIC DISEASES AMONG PRIMARY, SECONDARY AND TERTIARY STAGE PHYSICIANS AND THEIR APPROACHES TO ZOOONOTIC DISEASES IN THRACE PROVINCES**

## **SUMMARY**

This study was carried out to determine attitudes of physicians to zoonotic diseases, the use of notification system and problems experienced in Thrace Provinces.

This was a cross-sectional study conducted between 2013-2017 with 1002 physicians working in primary, secondary and tertiary stage, private or public health institutions in Thrace Province volunteering to participate after obtaining necessary permissions. It's a census study; data were collected through questionnaires developed by researchers.

It was determined that 37.9% of participants were working in family health centers, 28.4% in state hospitals, 25.8% in faculty of medicine hospitals, 8% in private health institutions. Mean number of patients served in a day were  $70.3 \pm 56.2$  (Min:5, Median 50, Max:450) while number of zoonotic patients served in a month were  $4.6 \pm 6.1$  (Min:1 Median: 2, Max:50). 58.4% of physicians saying "I diagnosed zoonoses." informed it. It was understood that 73.2% of informants used National Guide of Ministry of Health and half of them were primary stage physicians ( $p < 0.05$ ). Zoonotic diseases physicians thought exist in Thrace Provinces were Brusella, Crimean Congo Hemorrhagic Fever and rabies suspected bite.

Physicians brought the proposal of strengthening of Animal Health Studies with In-service and Public Trainings for fighting zoonotic diseases. In the study, primary stage physicians were found to be more prominent in preventive medicine while assistant and

specialist doctors were found to be more pioneers in therapeutic services for zoonotic diseases. In approach to zoonotic diseases, physicians behaved appropriately in their health hierarchy.

**Key words:** Thrace, zoonotic diseases, physicians, primary care, notification system.



## KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Zoonotik Hastalıklar Hizmet İçi Eğitim Modülü, Ankara, 2011.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Zoonotik Hastalıklar Hizmet İçi Eğitim El Kitabı, Ankara, 2010.
3. Doğanay M, Altıntaş N, Zoonozlar, Hayvanlardan İnsanlara Bulaşan Enfeksiyonlar. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi, 2009.
4. Uzun R. Gelecek yıllarda halk sağlığına yönelik tehditler: Zoonotik ve gıda kaynaklı hastalıklar. Temel Sağlık Bülteni 2007;1(5):21-8.
5. I. Türkiye Zoonotik Hastalıklar Sempozyum Kitabı, 14-15 Kasım 2006, Ankara.
6. III. Türkiye Zoonotik Hastalıklar Sempozyum Kitabı, 27-28 Kasım 2010, Ankara.
7. V. Türkiye Zoonotik Hastalıklar Sempozyum Kitabı, 24-25 Ekim 2014, Erzurum.
8. Aydın E. Tek Sağlık Yaklaşımıyla Zoonotik Hastalıklara Bakış-Sağlık Bakanlığı Perspektifi, V. Türkiye Zoonotik Hastalıklar Sempozyumu, 24-25 Ekim 2014, Erzurum.
9. Altıntaş A. Tek Tıp-Tek Sağlık-Tek Dünya Yaklaşımı. V. Türkiye Zoonotik Hastalıklar Sempozyumu, 24-25 Ekim 2014, Erzurum.
10. World Health Organization. The constitution of World Health Organization. [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf). (Erişim Tarihi: 18.12.2017).
11. Zoonozlar ve Zoonotik Etkenler, İlgili Antimikrobiyal Direnç ve Gıda Kaynaklı Salgınların İzlenmesi Yönetmeliği (Resmi Gazete:23.12.2011 Sayı:28151) <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/12/20111223-6.htm> (Erişim tarihi:25.12.2017).

12. T.C. Sağlık Bakanlığı. Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuar Rehberi. Ankara, 2005.
13. T.C. Sağlık Bakanlığı, Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Yönergesi, 2004. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-4005/bulasici-hastaliklarin-ihbari-ve-bildirim-sistemi-yoner-.html> (Erişim Tarihi: 27.12.2017).
14. Erbaydar T, Sergen A, Kurt AÖ., Zoonozlar, HASUDER Türkiye Halk Sağlığı Raporu Editörler: Ertem M, İnandı T, Çan G, Ergör A, Şaşmaz T, Ayoğlu F, Kaya M, 2012. s.84-107.
15. Ergönül Ö. Enfeksiyon Hastalıkları Epidemiyolojisi, Hastane Enfeksiyonları: Korunma ve Kontrol Sempozyum Dizisi 2008;60:30-41.
16. Klaucke DN, James WB, Stephen BT, Gibson RP, Frederick LT, Ruth LB. Guidelines for evaluating surveillance systems. [www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001769.htm](http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00001769.htm) (Erişim Tarihi: 26/12/2017).
17. Kotton CN, Weinberg AN, Zoonoses In: Mandell GL, Bennett JE, Dalin R. (Eds.) Mandell, Douglas and Bennett's Principles and practice of Infectious Diseases.7<sup>th</sup> ed. Churchill Livingstone;2010 p.3999-4007.
18. Ay P, Özgülcü Ş. Türkiye'de 1990-2010 Yılları Arasındaki Bruselloz İnsidans Trendlerinin Değerlendirilmesi. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Bursa, 2012.
19. Yüce A, Alp Çavuş S. Türkiye'de Bruselloz: Genel Bakış Klimik Derg 2006;19(3):87-97.
20. Young EJ. Brucella species. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Disaeses. 6th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2005:2669-72.
21. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2009. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control.
22. Buzgan T, Karahocagil MK, Irmak H. Clinical manifestations and complications in 1028 cases of brucellosis: a retrospective evaluation and review of the literature. Intl J Inf Dis 2010;14(6):469-78.
23. Can MF. Türkiye'de Brusella abortus ve Brusella melitensis enfeksiyonlarından kaynaklanan finansal kayıplar ve alternatif brusella kontrol stratejilerinin maliyet-fayda analizleri. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, 2010.
24. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Tularemi Saha Rehberi. Ankara 2011.
25. Erbaydar T, Sergen A, Kurt AÖ. Zoonozlar. HASUDER Türkiye Halk Sağlığı Raporu 2012, Editörler: Ertem M, İnandı T, Çan G, Ergör A, Şaşmaz T, Ayoğlu F, Kaya M, 2012. s.84-107.



26. WHO Guidelines on Tularaemia, Epidemic and Pandemic Alert and Response, 2007.
27. T.C.Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu Kuduz Saha Rehberi, 2014:s.23-27.
28. Echinococcosis. Altıntaş N, Tınar R, Çoker A eds. Hidatidoloji Derneği Yayını No:1, İzmir, 2004.
29. Özcel A. Tıbbi Paraziter Hastalıkları. Özcel A, Özbel Y, Ak M, eds. Türkiye Parazitoloji Derneği Yayın No: 22. İzmir, 2007.
30. Garcia LS. Tissue cestodes: larval forms. In: Diagnostic Medical Parasitology. 4th ed., Washington D.C., ASM Press, 2001; s. 386-412.
31. Woolhouse MEJ, Haydon DT, Antia A. Emerging pathogens: the epidemiology and evolution of species jumps. Trends Ecol Evol 2005;20(5):238-44.
32. Woolhouse M, Gaunt E. Ecological Origine of Novel Human Pathogens. Crit Rev Microbiol 2007;33(4):231-42.
33. WHO/FAO/OIE. Report Of The WHO/FAO/OIE Joint Consultation on Emerging Zoonotic Diseases 3–5 May 2004 – Geneva, Switzerland [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68899/1/WHO\\_CDS\\_CPE\\_ZFK\\_2004.9.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68899/1/WHO_CDS_CPE_ZFK_2004.9.pdf) (Erişim Tarihi:27.12.2017)
34. Taştan R. Mahşerin Altıncı Atlısı, Yeniçikan Zoonotik Enfeksiyonlar mı?, 2012. [http://akademikpersonel.kocaeli.edu.tr/rtastan/toplantı/rtastan23.06.2014\\_01.51.31toplanti.pdf](http://akademikpersonel.kocaeli.edu.tr/rtastan/toplantı/rtastan23.06.2014_01.51.31toplanti.pdf) (Erişim Tarihi:27.12.2017).
35. Taştan R. Küresel Isınma ve İklim Değişiklikleri ile Mücadele Edilerek Zoonoz Hastalıklar Ortadan Kaldırılabilir, Türktarım Dergisi 2010;192:10-7.
36. Uyar Y, Bakır E. Batı Nil Virüsü (BNV) ve Türkiye’de Batı Nil Virüsü’nün Güncel Durumu. Turk Hij Den Biyol Derg 2016;73(3):279-92.
37. Centers for Disease Control and Prevention Guidelines for surveillance, prevention, and control of West Nile Virus infection – United States. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2000;49:25–8.
38. Serter D. Arbovirüs Enfeksiyonları. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2006, 2(28):25-41.
39. Öztürk R. Göç ve Enfeksiyonlar, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi,2014;32:58-59.([http://www.sdplatform.com/document/edergiler/SD\\_32\\_WEB.pdf](http://www.sdplatform.com/document/edergiler/SD_32_WEB.pdf)) (Erişim tarihi: 15. 12. 2017).
40. Saçaklıoğlu F., Sarıkaya Ö. Olağandışı Durumlarla İlgili Temel Kavramlar. Karababa A.O. (Editör) Olağandışı Durumlarda Sağlık Hizmetleri Sağlık Çalışanının El Kitabı, Ankara; 2002. s.12-19.
41. Altındiş M. Türkiye’deki mülteciler, salgın hastalıklar ve korunma. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi,2013; 28: 64-67. (<http://www.sdplatform.com/Dergi/741/Turkiyede-ki-multeciler-salgin-hastaliklarve-korunma.aspx>) (Erişim tarihi: 04.03.2018).

42. ECDC. Migrant health: Background note to the “ECDC Report on migration and infectious diseases in the EU”. [http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/publications/0907\\_ter\\_migrant\\_health\\_background\\_note.pdf](http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/publications/0907_ter_migrant_health_background_note.pdf) (Erişim tarihi: 15.12.2017)
43. Uçku R, Ünal Aslan B. Olağandışı Durumlarda Bulaşıcı Hastalıklara Yaklaşım. KARABABA A.O. (Editör) Olağandışı Durumlarda Sağlık Hizmetleri Sağlık Çalışanının El Kitabı, Ankara; 2002. s.165-175.
44. Türk Tabipleri Birliği, Suriyeli Sığınmacılar ve Sağlık Hizmetleri Raporu, TTB Yayınları, Ocak 2014.
45. UNHCR. “2017 UNHCR country operations profile – Turkey.” [http://www.unhcr.org/tr/wp-content/uploads/sites/14/2017/11/UNHCR\\_Turkey\\_Fact\\_Sheet\\_October2017.pdf](http://www.unhcr.org/tr/wp-content/uploads/sites/14/2017/11/UNHCR_Turkey_Fact_Sheet_October2017.pdf) (Erişim Tarihi: 04.03.2018).
46. Bakar C. Küresel Isınma Senfonisi ve Sağlık:Herkesin Konuştuğu Konuda Hekimler Nerede Olmalı? STED 2008;17(8):103-10.
47. Tekbaş F, Vaizoğlu SA, Oğur R, Güler C. Küresel Isınma, İklim Değişikliği ve Sağlık Etkileri, 15 Şubat 2008, <http://www.halksagligi.org/dokuman/index.php>. (Erişim Tarihi: 27.12.2017).
48. Haines A, Patz J. Health effects of climate change. J Am Med Assoc 2004;291:99-103.
49. Haines A Kovats RS, Campell-Lendrum D, Corvalan C. Climate change and human health: Impacts, vulnerability and public health, Public Health 2006;120:585-96.
50. Blashki G, McMichael T, Karoly DJ. Climate change and primary health care. Reprinted from Australian Family Physician 2007;36(12):986-9.
51. Yağcı A. Savaş, Göç ve Afetlerde Salgınlar, 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongre Kitabı, 2007. s.540-46.
52. Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı, İklim Değişikliği&Türkiye, Etkiler, Sektörel Analizler, Ekonomik Boyutlar. Güven C(Editor), Polat E, Turhan V, Çalışkan R, Alan S, Sıcaklık ve Yağış Değişiklerinin Leptospirosis Olgularıyla İlişkisi, 2007;29-29.
53. Walter M, Udo B, Martin Z. Hantavirus Infection. J Am Soc Nephrol 2005;16:3669-79.
54. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, İklim Değişikliğinin Sağlık Etkileri,2013. <http://cevresagligi.thsk.saglik.gov.tr/cevresel-etkileri-izleme/993-iklimde%C4%9Fi%C5%9Fikli%C4%9Finin-sa%C4%9F1%C4%B1k-%C3%BCzerine-olan-etkileri.html> (Erişim Tarihi: 02.03.2018).
55. Morin CW. Climate and Enviromental Influences on the Ecology of Vectors and Vector-Born Diseases. Research Gate, 2012.

56. Hope L.K., Thomson M.C., Climate and Infectious Diseases. In:Thomson M.C., Herrera R.G. Beniston M. (Eds). Seasonal Forecasts, Climatic Change and Human Health: Health and Climate. 2008. p:31-44.
57. Trakya Kalkınma Ajansı, TR21 Kitabı, [http://www.trakyaka.org.tr/content-187-trakya\\_bolgesi.html](http://www.trakyaka.org.tr/content-187-trakya_bolgesi.html) (Erişim Tarihi:02.03.2018)
58. Young EJ. Brucella species. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Disaeses. 6th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2005: 2669-72, <http://www.antimicrobe.org/new/b87.asp> (Erişim Tarihi: 06.01.2017)
59. Erdoğan İ, Gürel A, Tekin C, Uyanık F, Bitgel A. Trakya bölgesinde koyun, keçi ve sığırlarda bakteriyel abortların tespiti ve dağılımı. Pendik Veteriner Mikrobiyoloji Dergisi 1993;24:23-35.
60. Demiröz K, Çelik M, İyisan S, Özdemir Ü, Erdenliğ S. Trakya bölgesindeki Brucellosis'in sero-epidemiolojisi. Pendik Veteriner Mikrobiyoloji Dergisi 1996;27:79-100.
61. Abdelkareem AA, İkiz S, Ak S. Trakya yöresinde yetiştirilen sığırların sütlerinde brucella türlerinin varlığının bakteriyolojik ve moleküler yöntemlerle karşılaştırılması olarak araştırılması. İstanbul Üniv Vet Fak Derg 2011;37(1):23-33.
62. Yüce A, Alp Çavuş S. Türkiye’de Bruselloz: Genel Bakış Klimik Dergisi 2006;19(3):87-97.
63. Kuloğlu F, Erdenlig S, Akata F, Tansel O, Gürcan S, Tugrul HM. Species and biovar distribution of Brucella isolates in Trakya University Hospital between 1997-2002. Mikrobiyol Bul 2004;38:3:187-191.
64. İyisan AS, Akmaz Ö, Gökçen Düzgün S. Türkiye’de sığır ve koyunlarda brucellosis’in seroepidemiolojisi. Pendik Vet Mikrobiyol Derg 2000;31(1):21-34.
65. Öncel S. Brusella Enfeksiyonları: Değerlendirme ve Yönetim. J Health Sci of Kocaeli University 2016;2(3):25-30.
66. Aydoslu B, Doğan Çelik A, Kuloğlu F, Tansel Ö, Akata F, Tuğrul M. Trakya Üniversitesi hastanesinde izlenen bruselloz olgularının değerlendirilmesi. Mikrobiyol Bul 2006;40:257-63.
67. Tansel Ö, Yavuz M, Kuloğlu F, Akata F. Trakya Üniversitesi hastanesine başvuran 40 bruselloz olgusunun değerlendirilmesi. İnfeksiyon Dergisi 2003;17(1):1-4.
68. Tikveşli M., Yüksel P., Kuloğlu F. Trakya Bölgesi’ndeki Hastalardan İzole Edilen Brucella Kökenlerinin İn vitro Antibiyotik Duyarlılığı, XXXI. Türk Mikrobiyoloji Kongresi, 19-23 Eylül 2004. s.4.
69. Özkan MC. Edirne ve çevresinde kist hidatiğin casoni ve indirekt hemaglütinasyon testleri ile sıklığının araştırılması. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Bakteriyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 1991.

70. Esatgil, MU, Tüzer E. Prevalence of Hydatidosis in slaughtered animals in Thrace, Turkey. T Parazitoloj Derg 2007; 31(1): 41-45.
71. Boeva Bengazova VG. Successes and problems in the control of human hydatidosis in Bulgaria. Meditsinskaya Parazitologiya I Parazitarnye Bolezni 1991;1:43-45.
72. Himonas C, Antonladou SK, Papadopoulos S. Hhydatidosis of food animals in Greece: prevalence of cysts containing viable protoscoleces. J Helminth 1994;68(4):311-3.
73. Artun, P., Karaman, K., Kırkoyun, H., Büget, E.: 2002-2007 yılları arasında İ.Ü. İstanbul Tıp Fak. Parazitoloji Bilim Dalı'na Kistik Ekinokkoz şüphesiyle başvuran hastaların serolojik sonuçlarının değerlendirilmesi. 15. Ulusal Parazitoloji Kongresi, 18-23 Kasım Kayseri ve Ürgüp. Bildiri Özetleri 2007, s. 235.
74. Merdivenci, A. İstanbul sokak köpeklerinde Echinococcus granulosus (Batsch, 1786) Rudolphi, 1805. Mikrobiol Derg 1963;16(1):23-8.
75. Gargılı A, Tüzer E, Gülanber A, Toparlak M, Efil I, Keleş V et al. Prevalence of Liver Fluke Infections in Slaughtered Animals in Trakya (Thrace), Turkey, Trakya'da kesilen koyun ve sığırlarda karaciğer trematod enfeksiyonlarının yaygınlığı. J Veterinary and Animal Sci 1999;23(2):115-6.
76. Gargılı A, Midilli K, Ergönül O, Ergin S, Alp HG, Vatansever Z, et al. Crimean-Congo hemorrhagic fever in european part of turkey: genetic analysis of the virus strains from ticks and a seroepidemiological study in humans. Vector Borne Zoonotic Dis 2011;11(6):747-52
77. Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü. Zoonotik Etkenlerin Vektör Kenelerde Saptanması, Risk Haritalarının Oluşturulması ve Lyme Hastalığı Takibi adlı, SBAG-2881 no'lu TÜBİTAK projesinin Kırklareli ili sonuçları, 07.03.2010.
78. Gargili A, Kar S, Yilmazer N, Cerit C, Sonmez G, Sahin F, et al. Evaluation of ticks biting humans in thrace province Turkey. Kafkas Uni Vet Fak Derg 2010;16:141-6.
79. Gotschlich E, Berkin T. 1936 yılında Trakya'da Tularemiye ait yapılan epidemiyolojik ve bakteriyolojik araştırmalar. Turk Hij Tecr Biyol Derg 1938;1:115-23.
80. Plevnelioğlu KH. Memleketimizde tularemi. Tedavi Kliniği ve Laboratuvarı Derg 1936;6:119-35.
81. Gürcan Ş. Francisella Tularensis ve Türkiye'de Tularemi. Mikrobiyoloji Bülteni 2007;41:621-36.
82. Gürcan Ş. Türkiye'de Tularemi. Gürcan Ş. (Editör) Francisella Tularensis ve Tularemi. Nobel Tıp Kitapevi; 2009. s. 111-4.
83. Öz TV. Dr. Talat Vasfi Özel'in 1937 yılı yazında Trakya'da Tularemi tetkikatı. Turk Hij Tecr Biyol Derg 1938;1:1-30.

84. World Health Organization. Guidelines on Tularaemia. Available from: [http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO\\_CDS\\_EPR\\_2007\\_7.pdf](http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_EPR_2007_7.pdf)
85. Karadenizli A. Outbreak of tularaemia in Golcuk, Turkey in 2005: Report of 5 cases and an overview of the literature from Turkey. *Scand J Infectious Dis* 2005;37:712-6.
86. Golem SB. Lüleburgaz'da yeni bir tularemi epidemisi. *Turk Hij Tecr Biyol Derg* 1945;5:27-40.
87. Dedeoğlu Kılınc G, Gürcan Ş, Eskiocak M, Kılıç H, Kunduracılar H. Investigation of tularaemia seroprevalence in the rural area of Thrace region in Turkey. *Mikrobiyol Bul* 2007;41:411-8.
88. Gürcan Ş, Eskiocak M, Varol G. Tularaemia re-emerging in European Part of Turkey after 60 years. *Jpn J Infect Dis* 2006;59:391-3.
89. Gürcan Ş, Eskiocak M, Varol G, et al. Re-emerging tularaemia In European part of Turkey after 60 years. *FEMS Symposium on Vector Borne Emerging and Re-emerging Pathogens and Their Infections*. Istanbul, Turkey. Abstract Book. 2005. p. 36.
90. Gürcan Ş, Uzun C, Karagöl A. The first tularaemia case in Thrace Region of Turkey in the last 60 years. *Turk J Med Sci* 2006;36:127-8.
91. Christova I, Velinov T, Kantardjiev T. Tularaemia outbreak in Bulgaria. *Scand J Infect Dis* 2004;36:785-9.
92. Eskiocak M., Tularaemi Salgını Kontrol Rehberi, Francisella Tularensis ve Tularaemi Sempozyumu, 24-26 Eylül 2009, Edirne. <http://www.klimik.org.tr/bilgi-merkezi/tularaemi/ii-francisella-tularensis-ve-tularaemi-sempozyumu-sunu-slaytlari-24-26-eyul-2009/> (Erişim Tarihi:10.01.2018).
93. Tärnvik A, Priebe HS, Grunow R. Tularaemia in Europe: an epidemiological overview, *Scand J Infect Dis* 2004;36(5):350-5.
94. Willke A. Tularaemi. *ANKEM Derg* 2006;20(2):222-6.
95. Reintjes R, Dedushaj I, GjiniA et al.: Tularaemia outbreak investigation in Kosovo: Case control and environmental studies, *Emerg Infect Dis* 2002;8(1):69-73.
96. Kuloglu F, Rolain JM, Fournier PE. First Isolation of Rickettsia conorii from humans in the Trakya (European) region of Turkey. *Eur J.Clin Microbiol Infect Dis* 2004;23:609-14.
97. Kuloglu F, Akata F, Tansel O, Gurcan S. Serologically Confirmed Cases of Mediterranean Spotted Fever in the Trakya Region of Turkey. *Acta Parasitologica Turcica* 2004;28:3;167-70.
98. Kuloglu F, Rolain JM, Aydoslu B. Prospective Evaluation of Rickettsioses in the Trakya (European) Region of Turkey and Atypic Presentations of Rickettsia Conorii. *Ann New York Acad Sci* 2011;1078:173-5.

99. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Meslek Hastalıkları ve İş ile İlişkili Hastalıklar Tanı Rehberi. s. 165-70.
- 100.Emiroğlu C. Sağlık sektöründe mesleki riskler ve hukuksal düzenlemeler. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi 2012;43:16-25.
- 101.Türk Tabipleri Birliği, Sağlık Çalışanlarının Meslek Riskleri, TTB Yayını, [https://www.ttb.org.tr/kutuphane/sc\\_meslek\\_riskleri.pdf](https://www.ttb.org.tr/kutuphane/sc_meslek_riskleri.pdf) (Erişim Tarihi: 02.03.2018).
- 102.Akova M, Sağlık personeline kan yoluyla bulaşan enfeksiyon hastalıkları ve korunmak için alınacak önlemler [http://www.hastaneinfeksiyonlaridergisi.org/managete/fu\\_folder/1997-02/html/1997-1-2-083-090.htm](http://www.hastaneinfeksiyonlaridergisi.org/managete/fu_folder/1997-02/html/1997-1-2-083-090.htm) (Erişim Tarihi: 02.03.2018).
- 103.European Commission, Occupational health and safety risks in the healthcare sector, European Commission, December 2010, [http://ec.europa.eu/social/search.jsp?pager.offset=90&langId=en&searchType=null&mode=quick&order=null&quickSearchKey=occupational health](http://ec.europa.eu/social/search.jsp?pager.offset=90&langId=en&searchType=null&mode=quick&order=null&quickSearchKey=occupational%20health). (Erişim Tarihi: 26.12.2017).
- 104.Kara A. Kırım Kongo hemorajik ateşi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2006;49:175-84.
- 105.Ergönül Ö, Sağlık çalışanlarının enfeksiyon riski ve korunma yolları, 2006, [http://www.floradergisi.org/journal\\_issue.aspx?issue\\_id=124](http://www.floradergisi.org/journal_issue.aspx?issue_id=124) (Erişim Tarihi: 22.07.2017)
- 106.Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi,Kırım Kongo Kanamalı Ateşi ve Sağlık Çalışanları, <http://www.ttb.org.tr/dergi/index.php/msg/article/viewFile/80/67> (Erişim Tarihi:26.12.2017).
- 107.FAO:Zoonotic Disases, Human Health and Farn Animal Welfare, 2013. <http://www.fao.org/ag/againfo/themes/animal-welfare/news-detail/en/c/176903/>(Erişim Tarihi:26.12.2017).
- 108.İnan D. İzolasyon Önlemleri, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji A.D. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-94912/h/8—izolasyon-onlemleri.pdf> (Erişim Tarihi:27.12.2017).
- 109.Bilir N. Meslek Hastalığı Olarak Bulaşıcı Hastalıklar ve Risk Grupları, Çalışma Hayatında Bulaşıcı Hastalıklar Sempozyumu, Ankara 2013 <http://www.hisam.hacettepe.edu.tr/chbhastalik/sunum/NazmiBilir.pdf> (Erişim Tarihi:02.03.2018).
- 110.Karabey S, İnce N. Enfeksiyon Hastalıklarında Çevre Kontrolü. Karabey S. (edit.) Enfeksiyon Hastalıklarında Korunma ve Kontrol. Nobel Tıp Kitapevleri, 3. Baskı, İstanbul; 2008. s.463-6.
- 111.Last JM. Human Health in a Changing World. Publiz Health &Preventive Medicine Ed:Robert B.Wallace 14.ed. Associate editor: Bradley N. Doebbeling 2008. p.324-8.
- 112.Aydın E. Tek Sağlık Yaklaşımıyla Zoonotik Hastalıklara Bakış-Sağlık Bakanlığı Perspektifi, V. Türkiye Zoonotik Hastalıklar Sempozyumu, 24-25 Ekim 2014, Erzurum.

- 113.Altıntaş A. Tek Tıp-Tek Sağlık-Tek Dünya Yaklaşımı. V. Türkiye Zoonotik Hastalıklar Sempozyumu, 24-25 Ekim 2014, Erzurum.
- 114.Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi 2015/18 sayılı Genelgesi, 23.10.2015 tarih ve 13588366 sayılı.
- 115.T.C. Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Sürveyans Sistemi Mevcut Durumu ve Uluslararası Kuruluşların Talep Ettiği Sağlık Göstergeleri İle Uyumu Çalışma ve Değerlendirme Raporu, 2007.
- 116.Eskiocak M., Türkiye’de Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolünde Güncel Durum:Sağlıkta Dönüşüm Programının Etkilerine Yönelik Bir Değerlendirme. Toplum ve Hekim Mart-Nisan 2015 Cilt:30, Sayı:2,s.96-109.
- 117.Eskiocak M. Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü. Kayıhan P. (editör) Birinci Basamakta Kamu Sağlık Yönetimi El Kitabı,Palme Yayıncılık; 2015, s.225-59.
- 118.(UHK) Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930) Resmi Gazete:1489, Erişim Tarihi:12.01.2016 <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1593.pdf>.
- 119.T.C. Sağlık Bakanlığı, 694 sayılı Olağanüstü Hal Kapsamında Bazı Düzenlemeler Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. Resmi Gazete Tarih/Sayı:25.08.2017/KHK 694.
- 120.Hudut Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Uluslar arası Sağlık Tüzüğü, 2005. [http://www.hssgm.gov.tr/content/documents/uluslararası\\_antlasmalar/Uluslararası%c4%b1%20Sağlık%20Tüzüğü.pdf](http://www.hssgm.gov.tr/content/documents/uluslararası_antlasmalar/Uluslararası%c4%b1%20Sağlık%20Tüzüğü.pdf) (Erişim Tarihi:02.03.2018).
- 121.T.C. Sağlık Bakanlığı, Stratejik Plan 2013-2017. <https://sgb.saglik.gov.tr/content/files/stratejikplan20132017/index.html> (Erişim Tarihi:02.03.2018).
- 122.T.C. Tarım ve Köyişleri Bakanlığı, Koruma ve Kontrol Genel Müdürlüğü, Avian İnfluenza Hastalığı Acil Eylem Planı, Ankara, 2010.
- 123.Miller AJ, Worthington E, McDaniel MA. Gender and forgiveness:A meta-analytic review and research agenda. J Soc Clin Psychol 2008;27(8):843-76.
- 124.Gültekin M. Bilimsel Araştırmalarda Kadın-Erkek Farklılıkları, Aile Akademisi Derneği Nisan 2014.
- 125.Uzuner A, Cöbek PÜ, Alibaş H, Kılıç İ, Sarı M, Karakoç E. Doctors’ knowledge level and attitudes concerning avian influenza. Marmara Med J 2008;21(2);118-26.
- 126.Konrad TR, Link CL, Shackelton RJ, Marceau L, Knesebeck O, Siegrist J, et al. It’s about time: Physicians’ perceptions of time constraints in primary care medical practice in three national healthcare systems. Med Care 2010;48(2):95–100.

- 127.<http://www.istabip.org.tr/147-hasta-bana-ayrilar-suereinin-azaltlmas-ve-oelen-yemek-ve-dinlenme-saatleri-cin-randevu-verilmek-suretiyle-personelin-aralaksz-olarak-caltrlmas-hakknda-hukuki-deerlendirme.html>.
- 128.OECD. Türkiye sağlık sistemi incelemeleri. 2008. s.78.
- 129.WHO Regional Office for Europe 2008. (Erişim Tarihi:19.06.2017).
- 130.TC. Sağlık Bakanlığı 2015 Yılı Sağlık İstatistik Yıllığı, [http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglik\\_istatistikleri\\_yilligi\\_2015.pdf](http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2015.pdf) (Erişim Tarihi:06.02.2018).
- 131.Vançelik S, Çalıkoğlu O, Güraksın A, Beyhun E. Pratisyen hekimlerin reçete yazımını şekillendiren faktörler ve akılcı ilaç kullanım kriterlerini önemseme durumları. Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Derg 2006;26(2):65-75.
- 132.Cerit AÖ. Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi ile Edirne, Kırklareli, Tekirdağ Devlet Hastaneleri Acil Servislerinde Görevli Sağlık Personelinin Mesleki Tükenmişlik Düzeyi ve Buna Etki Eden Faktörlerin Araştırılması. Uzmanlık Tezi, Edirne, 2013.
- 133.Durusoy R, Karababa AO. Sağlık bakanlığı eğitim hastaneleri bulaşıcı hastalıkları daha yüksek oranda bildiriyor. Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Derg 2010;67(1):1-12.
- 134.Aksakoğlu G. Bulaşıcı Hastalıklarla savaşım. 3üncü yazım. İzmir: DEÜTF yayını;2008.
- 135.Öztoprak D, Serpen A, Aksakoğlu G. Veteriner halk sağlığı'nın zoonoz kontrolündeki yeri, STED 2015;24(3):114-24.



## ŞEKİLLER LİSTESİ

### TABLolar

Tablo 1. Hayvanlardan ya da vektörlerden direkt-indirekt edinilmiş viral kökenli zoonotik hastalıklar (15).....	10
Tablo 2. Hayvanlardan ya da vektörlerden direkt-indirekt edinilmiş bakteriyel kökenli zoonotik hastalıklar (15).....	11
Tablo 3. Hayvanlardan ya da vektörlerden direkt-indirekt edinilmiş parazitik kökenli zoonotik hastalıklar (15).....	12
Tablo 4. Bazı Zoonotik Mesleksel Bakteriyel ve Viral Enfeksiyon Ajanlarından Korunma Yolları (107).....	38
Tablo 5. Araştırmaya katılan hekimlerin çalıştığı illere ve Basamaklara göre dağılımı (n:1002) .....	64
Tablo 6. Araştırmaya katılan hekimlerin çalıştığı illere göre dağılımı (n:1002).....	64
Tablo 7. Araştırmaya katılan hekimlerin çalıştığı kurumlara göre dağılımı (n:1002).....	65
Tablo 8. Araştırmaya katılan ve üniversitede çalışan hekimlerin üniversitelere göre dağılımı (n:257) .....	65
Tablo 9. Araştırmaya katılan hekimlerin merkez ve periferde çalışmalarına göre dağılımları (n:1002) .....	66
Tablo 10. Araştırmaya katılan hekimlerin unvanlarına göre dağılımları (n:999).....	66
Tablo 11. Araştırmaya katılan hekimlerin uzmanlık alanlarına ve pratisyen hekim olmalarına göre dağılımı .....	67
Tablo 12. Araştırmaya katılan hekimlerin cinsiyet ve yaş gruplarına göre dağılımı .....	68

Tablo 13. Araştırmaya katılan hekimlerin illere göre, cinsiyet, yaş, çalıştığı kurum, uzmanlık alanı, çalıştığı basamak ve medeni durumlarına göre dağılımları .....	69
Tablo 14. Araştırmaya katılan hekimlerin bir gün içinde hizmet verdiği hasta sayıları .....	70
Tablo 15. Araştırmaya katılan hekimlerin çalıştıkları Basamaklara göre bir gün içinde hizmet verdikleri hasta sayıları (n:919) .....	71
Tablo 16. Araştırmaya katılan hekimlerin bir ay içinde hizmet verdiği zoonotik hasta sayıları.....	71
Tablo 17. Araştırmaya katılan hekimlerin kendilerinin veya yakınlarının zoonotik hastalık geçirme durumları .....	72
Tablo 18. Araştırmaya katılan hekimlerin geçirdiği zoonotik hastalıklar .....	72
Tablo 19. Araştırmaya katılan hekimlerin 1. derece yakınlarının geçirdiği zoonotik hastalıklar .....	73
Tablo 20. Araştırmaya katılan hekimlerin zoonotik hastalıklarla ilgili bir araştırmanın/çalışmanın içinde yer alma durumu .....	74
Tablo 21. Araştırmaya katılan hekimlerin zoonotik hastalıkların bildiriminde zorunluluk olmasını belirtme durumu .....	74
Tablo 22. Araştırmaya katılan hekimlerin zoonotik hastalıklara tanı koyma durumu .....	75
Tablo 23. Araştırmaya katılan hekimlerin zoonotik hastalıklar için bildirim yapma durumu .	75
Tablo 24. Araştırmaya katılan hekimlerin bildirimde bulunduğu zoonotik hastalıklardan en fazla bildirimde bulunulan hastalıklar ve bildirim yapan hekim sayısı .....	76
Tablo 25. Araştırmaya katılan hekimlerin zoonotik hastalık olduğunu düşünerek bildirimde bulunduğu hastalıklar ve bildirim yapan hekim sayısı.....	76
Tablo 26. Zoonoz tanısı koydum diyen hekimlerin bildirim yapma durumu.....	77
Tablo 27. Zoonotik hastalıklar için bildirim yapan hekimlerin kaynak/rehberlerden yararlanma durumu .....	77
Tablo 28. Araştırmaya katılan hekimlerin zoonotik hastalık bildiriminde kullandıkları kaynak ve rehberler .....	78
Tablo 29. Araştırmaya katılan hekimlerin zoonotik hastalığı olan kişilere hizmet verirken zorlandıkları, 1. önem sırasına göre sıralanmış alanlar.....	79
Tablo 30. Araştırmaya katılan hekimlerin zoonotik hastalığı olan kişilere hizmet verirken zorlandıkları, 2. önem sırasına göre sıralanmış alanlar.....	80
Tablo 31. Araştırmaya katılan hekimlerin zoonotik hastalığı olan kişilere hizmet verirken zorlandıkları, 3. önem sırasına göre sıralanmış alanlar.....	81

Tablo 32. Trakya Bölgesi'nde çalışan, araştırmaya katılan hekimlerin bölgede var olduğunu düşündükleri zoonotik hastalıklar .....	82
Tablo 33. Araştırmaya katılan hekimlerin zoonozlarla mücadele konusundaki önerileri .....	83
Tablo 34. Araştırmaya katılan hekimlerin son bir yıl içinde zoonotik hastalıklar hakkında eğitim alma durumu .....	84
Tablo 35. Araştırmaya katılan hekimlerin son bir yıl içinde zoonotik hastalıklar hakkında aldığı eğitimler .....	84
Tablo 36. Trakya'da çalışan, araştırmaya katılan hekimlerin zoonotik hastalıklarla ilgili eğitim aldığı yerler .....	85
Tablo 37. Araştırmaya katılan hekimlerin zoonotik hastalıklarla ilgili çalışmaları yürüten/yürüttüğünü 1.öncelikli olarak düşündükleri kurum ve kuruluşlar .....	86
Tablo 38. Araştırmaya katılan hekimlerin zoonotik hastalıklarla ilgili çalışmaları yürüten/yürüttüğünü 2.öncelikli olarak düşündükleri kurum ve kuruluşlar .....	87
Tablo 39. Araştırmaya katılan hekimlerin zoonotik hastalıklarla ilgili çalışmaları yürüten/yürüttüğünü 3.öncelikli olarak düşündükleri kurum ve kuruluşlar .....	87
Tablo 40. Sağlık Bakanlığı Rehberine başvuranların son 1 yıl içinde eğitim alma durumları.	88
Tablo 41. Hekimlerin çalıştığı basamağa göre son bir yıl içinde zoonotik hastalıklar konusunda eğitim aldığını belirtme durumları.....	89
Tablo 42. Araştırmaya katılan hekimlerin çalıştığı basamaklara göre Sağlık Bakanlığı Rehberini kullanma durumları .....	90
Tablo 43. Araştırmaya katılan hekimlerin rehber kullanımı ve eğitim alma durumunun çalışılan Basamağa göre dağılımı .....	91
Tablo 44. Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin 1. önermeye katılma durumuna etkisi .....	92
Tablo 45. Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin 2. önermeye katılma durumuna etkisi .....	93
Tablo 46. Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin 3. önermeye katılma durumuna etkisi .....	94
Tablo 47. Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin 4. önermeye katılma durumuna etkisi .....	95
Tablo 48. Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma .....	96
özelliklerinin 5. önermeye katılma durumuna etkisi.....	96
Tablo 49. Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin 6. önermeye katılma durumuna etkisi .....	97

Tablo 50. Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin 7.önermeye katılma durumuna etkisi .....	98
Tablo 51. Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin 8. önermeye katılma durumuna etkisi .....	99
Tablo 52. Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin 9. önermeye katılma durumuna etkisi .....	100
Tablo 53: Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin 10. önermeye katılma durumuna etkisi .....	101
Tablo 54. Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin 11. önermeye katılma durumuna etkisi .....	102
Tablo 55. Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin 12. önermeye katılma durumuna etkisi .....	103
Tablo 56. Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin 13. önermeye katılma durumuna etkisi .....	104
Tablo 57. Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin 14. önermeye katılma durumuna etkisi .....	105
Tablo 58. Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin 1.önermeye katılma durumuna etkisi .....	106
Tablo 59. Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin 2.önermeye katılma durumuna etkisi .....	107
Tablo 60. Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin 3.önermeye katılma durumuna etkisi.....	108
Tablo 61. Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin 4.önermeye katılma durumuna etkisi.....	109
Tablo 62. Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin 5.önermeye katılma durumuna etkisi .....	110
Tablo 63. Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin 6.önermeye katılma durumuna etkisi .....	111
Tablo 64. Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin 7.önermeye katılma durumuna etkisi.....	112
Tablo 65. Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin 8.önermeye katılma durumuna etkisi .....	113
Tablo 66. Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin 9.önermeye katılma durumuna etkisi .....	114

Tablo 67. Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin 10.önermeye katılma durumuna etkisi .....	115
Tablo 68. Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin 11.önermeye katılma durumuna etkisi .....	116
Tablo 69. Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin 12.önermeye katılma durumuna etkisi .....	117
Tablo 70. Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin 13.önermeye katılma durumuna etkisi .....	118
Tablo 71. Araştırmaya katılan hekimlerin yaş, meslekte çalışma süresi, günlük muayene sayısı özelliklerinin 14.önermeye katılma durumuna etkisi .....	119
Tablo 72. Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin hekimlerin zoonotik hastalıklar hakkındaki bilgi düzeyine etkisi .....	120
Tablo 73. Araştırmaya katılan hekimlerin demografik özellikleri ile çalışma özelliklerinin hekimlerin zoonotik hastalıklara yaklaşımında kendilerini yeterli hissetme düzeyine etkisi .....	121
Tablo 74. Araştırmaya katılan hekimlerin bilgi düzeyinin yeterliliğini etkileyen etkenler....	122
Tablo 75. Araştırmaya katılan hekimlerin zoonotik hastalıklar konusunda kendini yeterli hissetmesine etki eden etkenler.....	123

## ŞEKİLLER

Şekil 1. Kırklareli İlinde 2007 yılında insanlar üzerinden çıkarılan kene türlerinin dağılımı	31
Şekil 2. Kırklareli ilinde 2006-2008 yılları arasında hayvanların üzerinden toplanan kenelerde saptanan KKKA virüsünün dağılımı .....	32
Şekil 3. Kırklareli İlinde sahadan toplanan kenelerin toplandığı yer ile Ixodes spp. türü kenenin bulunduğu yerler haritası .....	32
Şekil 4. Trakya Bölgesi'nde tularemi salgını saptanan yerler (79) .....	34
Şekil 5. Tek Sağlık Yaklaşımının Bileşenleri (110) .....	40
Şekil 6. Bazı Ülkelerde Yeni Çıkan Enfeksiyonların Maliyetleri (32).....	43
Şekil 7. Sağlık Bakanlığı Bildirim Sistemine göre bildirim zorunlu A grubu hastalıklar (112).....	47
Şekil 8. Sağlık Bakanlığı Bildirim Sistemine göre bildirim zorunlu B grubu hastalıklar (112).....	49

Şekil 9. Sağlık Bakanlığı Bildirim Sistemine göre bildirim zorunlu C grubu hastalıklar (112).....	51
Şekil 10. Sağlık Bakanlığı Bildirim Sistemine göre bildirim zorunlu D grubu hastalıklar (112).....	53
Şekil 11. Bulaşıcı hastalıklarla mücadele örgütlenmesi (114,115) .....	54
Şekil 12. Araştırmaya katılan hekimlerin Trakya bölgesinde var olduğunu düşündükleri zoonotik hastalıklar .....	82
Şekil 13. Trakya’da çalışan hekimlerin son bir yıl içinde eğitim aldığı zoonotik hastalıklar	85



## ÖZGEÇMİŞ

### ***Dr. ÇİĞDEM, GEZER CERİT MD.***

Dr.Çiğdem Gezer Cerit, 1973 yılında Kırklareli, Pınarhisar’da dünyaya geldi. İlköğrenimini Pınarhisar Cumhuriyet İlkokulu, liseyi ise Pınarhisar Lisesi’nde bitiren Gezer Cerit, 1989 yılında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde lisans eğitimine başladı ve 1995 yılında mezun oldu. 1996-1998 yılları arasında Yozgat’ın Sarıkaya İlçesi’nde mecburi hizmet yaptı.

1998 yılında Kırklareli Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi’nde göreve başladı. 2000-2001 ve 2001-2002 yıllarında Sağlık Bakanlığı ile Milli Eğitim Bakanlığı arasında imzalanan “Avrupa’da Sağlığı Geliştiren Okullar Ağı” programı kapsamında okul doktoru olarak haftada 3 gün, iki yıl boyunca görevlendirildi.

2002-2003 yılları arasında İl Sağlık Müdürlüğü’nde Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürü olarak görevlendirildi. 2003-2012 yılları arasında, hem Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürü, hem de İl Sağlık Müdür Yardımcısı olarak görevine devam etti.

19 Mart 2012 tarihinde Kırklareli Halk Sağlığı Müdürlüğü kurulmasından sonra Kırklareli İl Sağlık Müdür Yardımcısı ve 3 ay süreyle İl Sağlık Müdür Vekili olarak görev yaptı.

2004-2007 yılları arasında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisansını tamamlayarak, “Kırklareli İlinde Birinci Basamak Sağlık Kurumlarına Başvuran Roman Vatandaşların ve Onlara Hizmet Sunan Personelin Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi” adlı tezini sundu.

2010 yılında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nda Doktora Öğrencisi olmaya hak kazandı. Ayrıca Açıköğretim Fakültesi Adalet Lisans Programı’na devam etmektedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılında Muğla İli Saha Denetiminde, 2011 yılında İstanbul İli Erken Uyarı Yanıt Sistemi (EUYS) Saha Çalışmasında, 2012 yılında İstanbul İli Aşı Oranlarının Değerlendirilmesi saha çalışmasında görevlendirilmiştir.

Kırklareli İlinde 1'i Avrupa Birliği Sınır Ötesi İşbirliği Programı, 4'ü Trakya Kalkınma Ajansı, 1'i Kırklareli Valiliği Projesi olmak üzere, toplam 6 adet projede çeşitli kademelerde aktif rol almıştır.

Aralık 2013 tarihinde Kırklareli Halk Sağlığı Müdürü olarak görevlendirilmiş olup, 13.12.2017 tarihinden beri Kırklareli İl Sağlık Müdürü görevini sürdürmektedir.

Dr.Çiğdem Gezer Cerit'in uluslararası hakemli dergilerde yayınlanmış 1 ve ulusal hakemli dergilerde yayınlanmış 3 makalesinin yanı sıra, ulusal bilimsel toplantılarda sunulan toplam 34 bildirisi bulunmaktadır. Mülki amirlerinden aldığı 5 adet takdirnamesi vardır.

Dr.Çiğdem Gezer Cerit İngilizce biliyor, evli ve 1 kız çocuğu annesidir.





**EKLER**



EK-1

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



(ACELE)  
T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Form No : 014

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

BİLDİRİM YAPAN KURUM

BİLDİRİM YAPAN KİŞİ

İli: .....

ADI: .....

İlçesi: .....

SOYADI: .....

KURUM ADI: .....

ÜNVANI-BRANŞI: .....

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

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

İMZA

## EK-2:

## BİLDİRİMİ ZORUNLU BULAŞICI HASTALIK GRUPLARI

## GRUP A

- AKUT GASTROENTERİT ENFEKSİYONU
- BOĞMACA
- BOTULİSMUS
- BRUSELLOZ
- DİFTERİ
- GONORE
- HIV ENFEKSİYONU
- KABAKULAK
- KIZAMIK
- KIZAMIKÇIK
- KOLERA
- KUDUZ
- KUDUZ RİSKLİ TEMAS
- MENİNGOKOKSİK HAST.
- NEONATAL TETANOS
- SARI HUMMA
- SİFİLİZ
- SİTMA
- SU ÇİÇEĞİ
- ŞARBON
- ŞARK ÇIBANI
- TETANOS
- TİFO
- TÜBERKÜLOZ
- AKUT VİRAL HEPATİTLER
  - Hepatit A
  - Hepatit B
  - Hepatit C
  - Hepatit D
  - Hepatit E

## GRUP B

- ÇİÇEK
- AKUT SOLUNUM YETMEZLİĞİ
- SENDROMU (SARS)
- POLİOMİYELİT
- YENİ BİR ALT TIPTA İNSAN GRİBİ (HUMAN INFLUENZA)
- KARAR ARACINA GÖRE DEĞERLENDİRİLEN DURUM

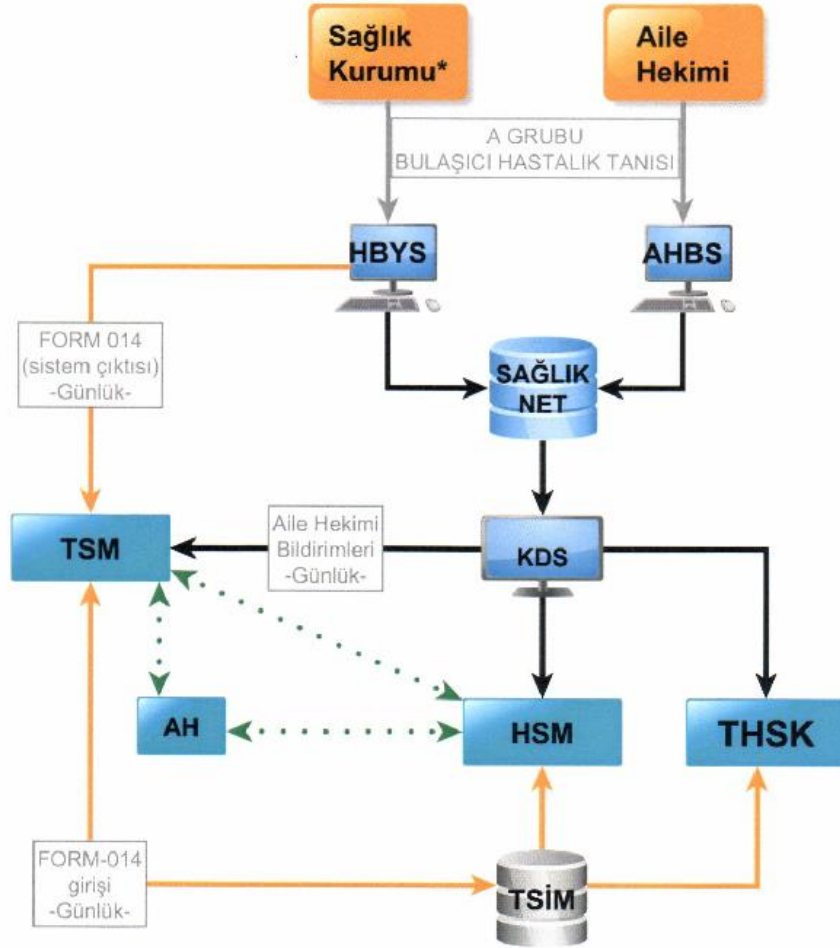
## GRUP C

- AIDS
- AVIAN İNFLUENZA (H5N1)
- BATI NİL VİRUS ENFEKSİYONU
- ÇIKUNGUNYA ATEŞİ
- EKİNOKOKKOZ
- EPİDEMİK TİFÜS
- HANTA VİRUS ENFEKSİYONU
- H. İNFLUENZA Tip B (Hib) ENF.
- İNFLUENZA/GRİP BENZERİ HASTALIK
- KALA-AZAR
- KENE KAYNAKLI ENSEFALİT (TICK BORNE ENF.)
- KIRIM KONGO KANAMALI ATEŞİ
- KONENİTAL RUBELLA
- LYME HASTALIĞI
- LEIYONER HASTALIĞI
- LEPPRA
- LEPTOSİROZ
- İNVAZİV PnöMOKOKKAL HASTALIK (STREPTOCOCCUS PNEUMONİA)
- SSPE
- ŞİSTOZOMİYAZ
- TOKSOPLAZMOZ
- TRAHOM
- TULAREMİ
- VARYANT CREUTZFELD-JAKOP HASTALIĞI
- VEBA
- VİRAL HEMORAJİK ATEŞ
- Q ATEŞİ

## GRUP D

- CAMPYLOBACTER JEJUNI/COLI
- CHLAMYDIA TRACHOMATIS
- CRYPTOSPORIDIUM SP
- ENTAMOEBİA HISTOLYTICA
- ENTEROHEMORAJİK E.COLI
- GIARDİA İNTESTİNALİS
- SALMONELLA SP.
- SHIGELLA SP.
- TRİŞİNOZ
- LİSTERİA MONOCYTOGENES
- YERSİNİA SP.
- NOROVİRUS
- ROTAVİRUS

## A GRUBU HASTALIK BİLDİRİM MEKANİZMASI



HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi  
 AHBS: Aile Hekimliği Bilgi Sistemi  
 KDS: Karar Destek Sistemi  
 TSİM: Temel Sağlık İstatistikleri Modülü  
 AH: Aile Hekimi  
 TSM: Toplum Sağlığı Merkezi  
 HSM: Halk Sağlığı Müdürlüğü  
 THSK: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

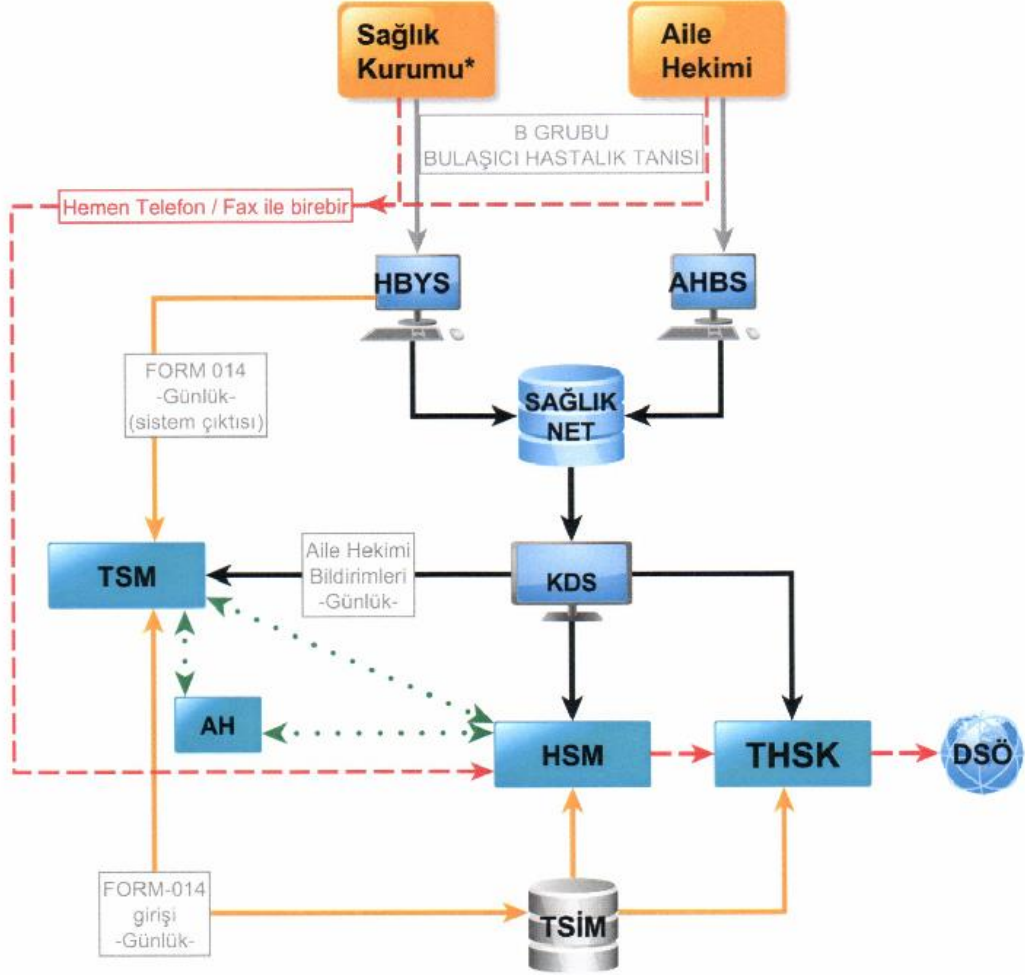
SAĞLIK-NET ile vaka bildirim ve raporlama ———

TSİM ile vaka bildirim ve raporlama ———

Filyasyon çalışması . . . .

\*SAĞLIK KURUMU; Devlet Hastaneleri, Eğitim-Araştırma Hastaneleri, Üniversite Hastaneleri, Belediye Hastaneleri, Özel Hastaneler, Askeri Hastaneler, Özel Hekim Muayenehaneleri ve Diğer Tüm Yataklı-Yataksız Tedavi Kurumları

## B GRUBU HASTALIK BİLDİRİM MEKANİZMASI



HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi  
 AHBS: Aile Hekimliği Bilgi Sistemi  
 KDS: Karar Destek Sistemi  
 TSİM: Temel Sağlık İstatistikleri Modülü  
 AH: Aile Hekimi  
 TSM: Toplum Sağlığı Merkezi  
 HSM: Halk Sağlığı Müdürlüğü  
 THSK: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu  
 DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

B Grubu hastalık vaka bildirimleri - - - -

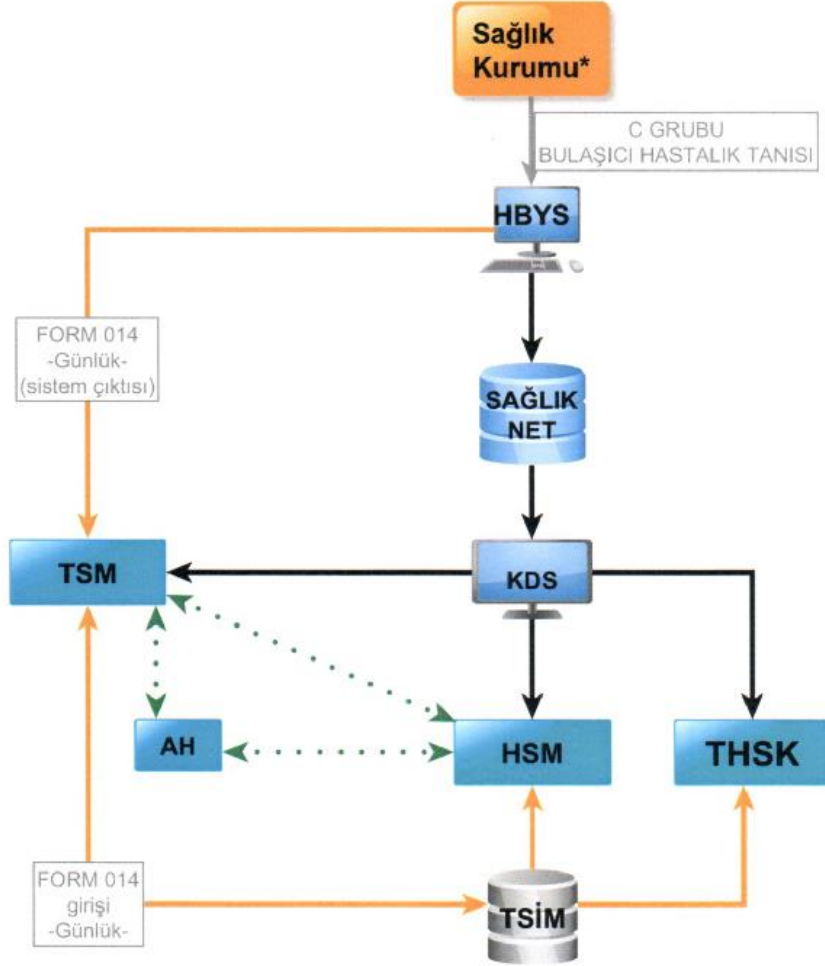
SAĞLIK-NET ile vaka bildirimleri ve raporlama ————

TSİM ile vaka bildirimleri ve raporlama ————

Filyasyon çalışması . . . .

\*SAĞLIK KURUMU; Devlet Hastaneleri, Eğitim-Araştırma Hastaneleri, Üniversite Hastaneleri, Belediye Hastaneleri, Özel Hastaneler, Askeri Hastaneler, Özel Hekim Muayenehaneleri ve Diğer Tüm Yataklı-Yataksız Tedavi Kurumları

## C GRUBU HASTALIK BİLDİRİM MEKANİZMASI



HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi  
 AHBS: Aile Hekimliği Bilgi Sistemi  
 KDS: Karar Destek Sistemi  
 TSİM: Temel Sağlık İstatistikleri Modülü  
 AH: Aile Hekimi  
 TSM: Toplum Sağlığı Merkezi  
 HSM: Halk Sağlığı Müdürlüğü  
 THSK: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

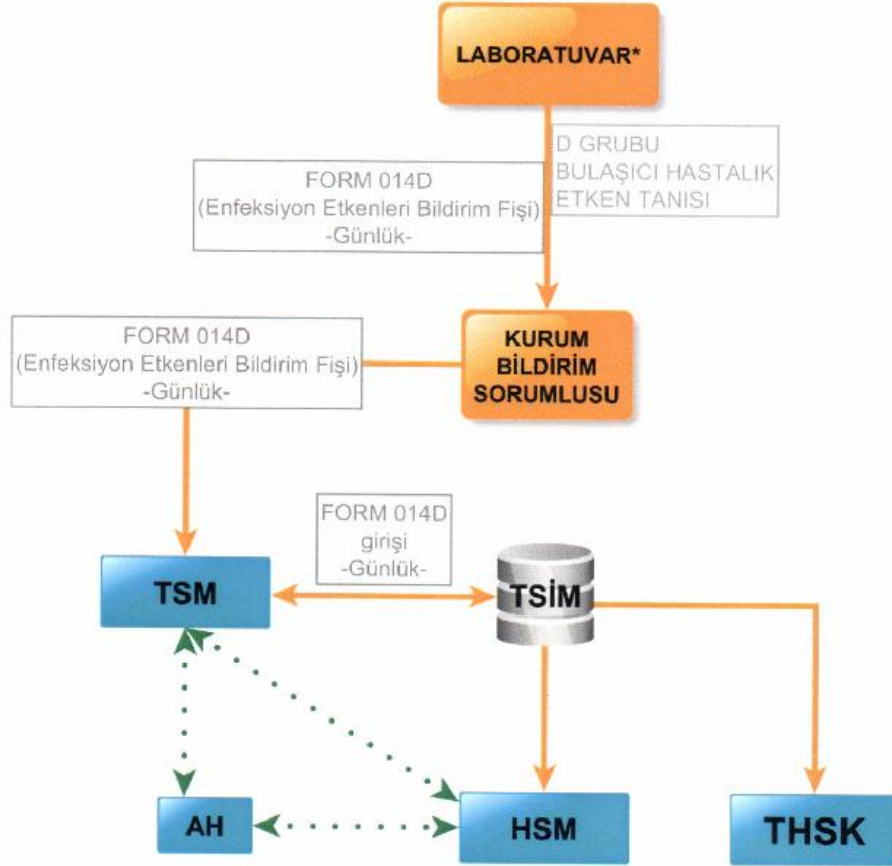
SAĞLIK-NET ile vaka bildirim ve raporlama ———

TSİM ile vaka bildirim ve raporlama ———

Filyasyon çalışması ·····

\*SAĞLIK KURUMU; Devlet Hastaneleri, Eğitim-Araştırma Hastaneleri, Üniversite Hastaneleri, Belediye Hastaneleri, Özel Hastaneler, Askeri Hastaneler ve Diğer Tüm Yataklı Tedavi Kurumları

## D GRUBU ETKEN BİLDİRİM MEKANİZMASI



TSİM: Temel Sağlık İstatistikleri Modülü  
 AH: Aile Hekimi  
 TSM: Toplum Sağlığı Merkezi  
 HSM: Halk Sağlığı Müdürlüğü  
 THSK: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

TSİM ile vaka bildirim ve raporlama —————

Filyasyon çalışması . . . . .

\*LABORATUVAR; Yataklı tedavi kurumlarının laboratuvarları, Referans Laboratuvarları, Halk Sağlığı Laboratuvarları, Özel laboratuvarlar.

EK-7

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



(ACELE)

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

FORM 014-D

## GRUP D ENFEKSİYON ETKENLERİ BİLDİRİM FİŞİ

## BİLDİRİM YAPAN KURUM

## BİLDİRİM YAPAN KİŞİ

İli: .....

ADI: .....

İLÇESİ: .....

SOYADI: .....

KURUM ADI: .....

ÜNVANI-BRANŞI: .....

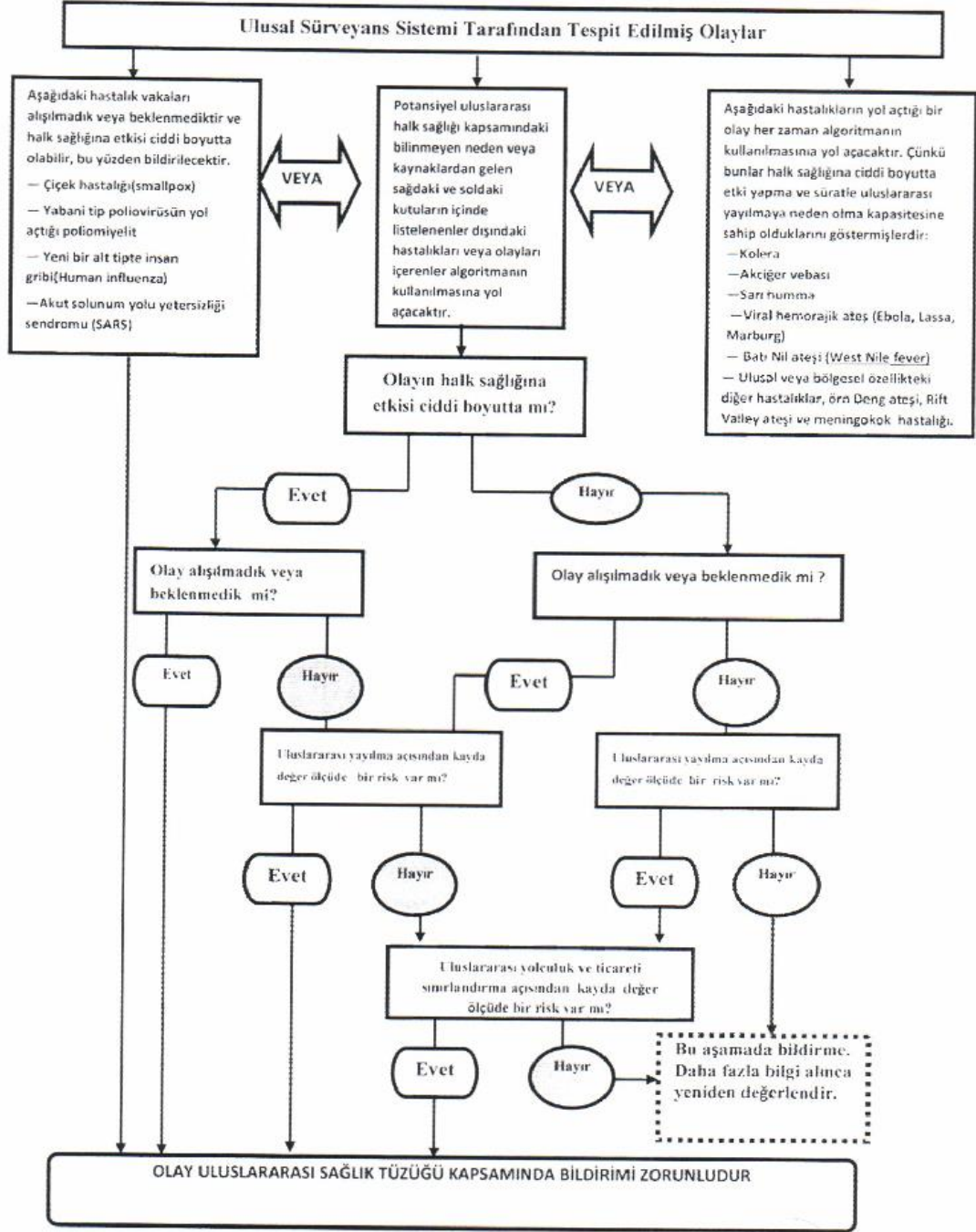
HASTANIN KİMLİK BİLGİLERİ:	
Cinsiyeti	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K
T.C. Kimlik No:	
Ad:	
Soyadı:	
Doğum Tarihi :	.../.../...
Mesleği:	
HASTANIN İKAMET BİLGİLERİ:	
İl:	
İlçe:	
Bucak:	
Köy:	
Mahalle:	
CSBM: (Cd. Sk. Blv. Meyd.)	
Dış Kapı No:	
İç Kapı no:	
İrtibat Telefonu	

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

İMZA



EK-8 : Uluslararası Halk Sağlığı Acil Durumları Belirlemede Kullanılan Karar Aracı



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Temel Sağlık  
Hiz. Gn. Md. Sektörlerarası İşbirliği ve  
13 Haziran 2011 11:59:01 /19147



Sayı : B.10.0.TSH.0.28.05  
Konu : Zoonotik Hastalıklar Saha Araştırması

## DOSYA

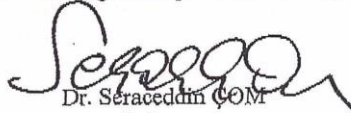
İlgi: Kırklareli Valiliği'nin 27.04. 2011 tarihli ve 6282 sayılı yazısı.

Trakya Üniversitesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı doktora öğrencisi Dr. Çiğdem CERİT'in, "Trakya İllerinde 1. 2. 3. Basamak Hekimleri Arasında Zoonotik Hastalıkların Farkında Olma Durumlarının ve Zoonotik Hastalıklara Yaklaşımların Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını Kırklareli, Edirne ve Tekirdağ illerinde bulunan sağlık kuruluşlarında görev yapan 1., 2., 3., basamak hekimleri ile görüşerek yapabilmesi için gerekli izin verilmesi ilgede kayıtlı ve Ek'te gönderilen yazı ile talep edilmektedir. Talep doğrultusunda söz konusu yazı ekindeki ankette yapılan incelemeler neticesinde aşağıdaki durumlar tespit edilmiştir.

- 1- Pek çok Zoonotik hastalık olduğu dikkate alındığında "Zoonotik hastalıkların bildirim zorunlu mudur?" Evet-Hayır önermesi ile hazırlanan soru, zoonozlar hakkında bildirimle ilişkin bilgi düzeyini göstermesi açısından yeterli cevabı almak için uygun görünmemektedir.
- 2- Anketin 4. Sorusunda "Tam tedavi rehberlerine kesin tanı veya laboratuvar veya numune alma aşamalarında başvuruyorum" ifadesinde bahsedilen rehber bakanlığın referans olarak kullandığı "Bulaşıcı Hastalıkların İhbarı ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Sürveyans ve Laboratuvar Rehberi" mi, yoksa başka bir rehber mi olup olmadığı daha anlaşılır şekilde ifade edilmelidir.
- 3- Anketin 9. sorusunda "Zoonotik hastalıkların yeterince bildirim yapılmaktadır" önermesi ile alınacak yanıtın analizinin çalışmaya ne kazandıracağı net olarak anlaşılammıştır.

Söz konusu çalışma gerçekleştirilirken yukarıdaki öneriler doğrultusunda düzenlemelerin yapılması, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına ve mevzuata uygun olması, hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi ve çalışma sonuçlarının Bakanlığımıza gönderilmesi kaydıyla çalışmanın yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerini ve gereğini rica ederim.

  
Dr. Seraceddin ÇOM  
Bakan a.  
Genel Müdür

EK: İlgi yazı ve ekleri (6 sayfa)

## DAĞITIM:

Gereği:  
Kırklareli Valiliğine (İl Sağlık Müdürlüğü)  
(Ek konulmadı)

Bilgi:  
- Trakya Üniversitesi Rektörlüğüne  
- Edirne Valiliğine (İl Sağlık Müdürlüğü)  
- Tekirdağ Valiliğine (İl Sağlık Müdürlüğü)

06/06/2011 Tıb. Tek. : S.AKMAN  
06/06/2011 Şb. Md. : F.ASLANTEKİN  
06/06/2011 Dai. Bşk : E.AYDIN  
06/06/2011 Gn.Md. Yrd. : H.LIRMAK



T.C.  
NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 46048792-302.14.06/566

11./04/2013

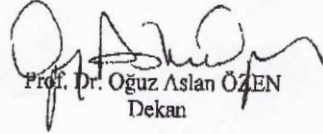
Konu: Dr. Çiğdem CERİT

NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
(Personel Daire Başkanlığı)

İlgi: 29.03.2013 tarih ve 36204286-302.14.06/4230 sayılı yazınız.

Trakya Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı doktora öğrencisi Dr. Çiğdem CERİT' in "Trakya İllerinde 1. 2. 3. Basamak Hekimleri Arasındaki Zoonotik Hastalıkların Farkında Olma Durumlarının ve Zoonotik Hastalıklara Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi" konulu çalışmanın, ilgede kayıtlı yazınız ile tarafımıza gönderilen Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü' nün 13.06.2013 tarih ve B.10.01.TSH.0.28.05/19147 sayılı yazısında belirtilen öneriler doğrultusunda düzenlemelerin yapılması, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına ve mevzuata uygun olması, hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi ve çalışma sonuçlarının Üniversitemiz Rektörlüğüne gönderilmesi kaydıyla yapılması uygun görülmüştür.

Gereğini ve bilgilerinizi arz ederim.

  
Prof. Dr. Oğuz Aslan ÖZEN  
Dekan

EK-11



T.C.  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı: B.30.2.TRK.0.20.70.00/ 010-311

Konu:


70 00AK 2012

T.Ü. SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgili: 29.12.2011 tarih ve B.30.2.TRK.0.42.00.00/302.14-974 sayılı yazınız.

Enstitünüz yüksek lisans öğrencisi Çiğdem CERİT'in Fakültemiz öğretim elemanlarına "Trakya İllerinde 1., 2., 3. Basamak Hekimleri Arasında Zoonotik Hastalıkların Farkında Olma Durumlarının ve Zoonotik Hastalıklara Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışması ile ilgili anket yapması Dekanlığımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

  
Prof. Dr. Turan EGE  
Dekan V.

Posta Adresi :  
T.Ü. Tıp Fakültesi Balkan Yerleşkesi 22030 EDİRNE  
Elektronik Ağ : <http://tipfak.trakya.edu.tr>

Telefon : (0284) 235 76 41, 235 76 53  
Faks : (0284) 235 76 52

**TRAKYA İLLERİNDE ÇALIŞAN HEKİMLERİN ZONOTİK HASTALIKLARA  
YAKLAŞIMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ ANKETİ**

Sayın Meslektaşım,

Bu anket, doktora tezi olarak; Kırklareli, Edirne ve Tekirdağ illerinden oluşan Trakya'da çalışan hekimlerin zoonotik hastalıklara yaklaşımlarını ve farkındalığını değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Bu bağlamda standart tanı tedavi rehberlerinin kullanılabilirliği, hekimlerin hizmet sunumunda karşılaştıkları güçlükler ve çözüm önerileri de değerlendirilecektir.

Anketlere isim yazılması gerek yoktur. Toplanacak veriler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacağından sorularınız içinlikle yanıtlanmasını bekler, teşekkür ederim. Saygılarımla.

Dr. Çiğdem CERİT

Kırklareli Sağlık Müdür Yardımcısı

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Halk Sağlığı Doktora Öğrencisi

Sağlık Kurumunun Adı- İlçe:.....			
Çalıştığınız Kurum Kaçınca Basamak Sağlık Kuruluşudur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Göreviniz:	<input type="checkbox"/> Pratisyen Hekim	<input type="checkbox"/> Uzman Hekim	<input type="checkbox"/> Asistan
Uzmanlık alanınız.....			
Cinsiyet:	<input type="checkbox"/> Erkek	<input type="checkbox"/> Kadın	
Medeni Durumunuz:	<input type="checkbox"/> Evli	<input type="checkbox"/> Bekar	<input type="checkbox"/> Dul/ boşanmış <input type="checkbox"/> Ayrı yaşıyor
Yaşınız:.....			
Kaç yıldır hekimsiniz?.....			
Uzman iseniz kaç yıldır uzmanız?.....			
Bu Kurumda Çalışma Süreniz:.....			
Daha önce kendiniz herhangi bir zoonotik hastalık geçirdiniz mi?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Bilmiyorum
Evetse, hangi hastalık??.....			
Daha önce 1. derece yakınınız zoonotik hastalık geçirdi mi?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Bilmiyorum
Evetse, hangi hastalık??.....			
Daha önce zoonotik hastalıklarla ilgili herhangi bir çalışmanın/araştırmanın içinde yer aldınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
Evetse, nasıl bir çalışma/araştırma??.....			
Bir gün içinde hizmet verdiğiniz kişi sayısını belirtiniz:.....			
Bir ay içerisinde hizmet verdiğiniz ortalama zoonotik hasta sayısını belirtiniz:.....			
<input type="checkbox"/> Bu tür hasta görmüyorum.			
Zoonotik Hastalıklar içinde bildirim zorunlu olan var mıdır?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Bilmiyorum
Şu ana dek herhangi bir zoonotik hastalık için tanı koydunuz mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
Herhangi bir zoonotik hastalık için bildirim yaptınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
Hangilerini bildirdiniz?.....			
Bildirim yaparken yararlandığınız kaynak, rehber oldu mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
Evetse hangi kaynakları kullandınız?.....			

TRAKYA İLLERİNDE ÇALIŞAN HEKİMLERİN ZONOTİK HASTALIKLARA YAKLAŞIMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ ANKETİ		Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1. Zoonotik hastalıkların hizmet verdiğim bölgede sorun olduğunu düşünüyorum.						
2. Zoonotik Hastalıkları kolayca teşhis edebiliyorum.						
3. Zoonotik Hastalıkları kolayca tedavi edemiyorum.						
4. Bulaşıcı Hastalıkların İhbar ve Bildirim Sistemi Standart Tanı, Süveyans ve Laboratuvar Rehberine kesin tanı veya laboratuvar veya numune alma aşamalarında başvuruyorum.						
5. Çalıştığım ASM/hastane/kliniğin bu hastalıkların tanı ve tedavisi için uygun ve yeterli olduğunu düşünüyorum.						
6. Kuş gribi ile mücadelede tavukların itfai doğru bir yaklaşımdır.						
7. Tavukların itfai yaklaşımının bazı zoonotik hastalıklar (Kırım Kongo Kanamalı Ateşi, Hanta virüs vb.) artırdığını düşünüyorum.						
8. Zoonotik hastalığı olan kişiler kendilerini saklarlar.						
9. Zoonotik Hastalıkların yeterince bildirim yapılmaktadır.						
10. Görev yaptığım birimde zoonotik hastalıklar kolayca tedavi edilebilir.						
11. Zoonotik hastalıklarla mücadelenin multidisipliner olduğunu düşünüyorum.						
12. Zoonotik hastaların bulaşma riski hizmet sunumunda bana kaygı veriyor.						
13. Zoonotik hastalıkların küresel ısınmayla birlikte arttığını düşünüyorum.						
14. Son yıllarda görülen zoonotik hastalıklar, ülkemize yönelik biyolojik savaş aracı olarak kullanılmıştır.						
15. Zoonotik hastalığı olan kişilere hizmet verirken zorlandığınız alanları önem sırasına göre <b>1'den başlayarak sıralayınız.</b>						
.....	Hastaların Yanlış/Eksik Bilgi Vermeleri	.....	Hasta Eğitimleri			
.....	Hastaların Tedaviye Uyumsuzlukları	.....	Mesleki Eğitim			
.....	Laboratuvar İmkanları	.....	Diğer Kurumların Harekete Geçirme			
.....	Muayene	.....	Bağışıklama Hizmetleri			
.....	Ayırıcı Tanı	.....	İhbar/Bildirim			
.....	Tedavi Hizmetleri	.....	Filyasyon			
.....	Zaman Yetersizliği	....1,75...	Diğer.....			

**TRAKYA İLLERİNDE ÇALIŞAN HEKİMLERİN ZONOTİK HASTALIKLARA YAKLAŞIMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ ANKETİ**

16. Hizmet verdiğiniz bölgede var olduğunu düşündüğünüz/duyduğunuz zoonotik hastalıkları yazınız.	17. Bilgilendirme/egitim ihtiyacında olduğunuz zoonozları işaretleyiniz.	
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
18. Zoonotik Hastalıklarla mücadelede aklınıza gelen 3 öneriyi önem sırasına göre yazınız.		
1.		
2.		
3.		
19. Son bir yıl içinde herhangi bir zoonotik hastalık hakkında eğitim aldınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
20. Evetse hangi hastalık hakkında eğitim aldınız?	..... .....	
21. Son 1 yılda zoonotik hastalıklarla ilgili bilgi aldığınız, nereden aldınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)		
<input type="checkbox"/> Yazılı Basın	<input type="checkbox"/> Kongre-Sempozyum	
<input type="checkbox"/> Radyo	<input type="checkbox"/> Üniversite	
<input type="checkbox"/> TV	<input type="checkbox"/> Uzmanlık Demekleri	
<input type="checkbox"/> Enfeksiyon Komitesi	<input type="checkbox"/> Sağlık Müdürlüğü/Sağlık Grup Başkanlığı	
<input type="checkbox"/> Tarım Müdürlüğü	<input type="checkbox"/> Süreli Yayınlar	
<input type="checkbox"/> Kitap	<input type="checkbox"/> TTB	
22. Son zamanlarda Zoonotik Hastalıklarla ilgili çalışmalar yürüten/yürüttüğünü düşündüğünüz kurum ve kuruluşları öncelik sırasına göre sıralayınız.		
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

## ETİK KURUL İZİNİ HAKKINDA

1. Danıştay 10. Dairesinin 13.11.2009 tarih ve 2009/3991 E sayılı kararıyla Klinik Araştırmalar hakkında Yönetmeliğin yürütmesinin durdurulması nedeniyle, (Danıştay 10. Dairesinin 13.11.2009 tarih ve 2009/3991E sayılı kararıyla “Yönetmeliğin 5. Maddesinin 1. Fıkrasının “ç” bendinde yer alan “sorumlu araştırmacı veya araştırma ekibinden yetkili birisi tarafından yeterince ve anlayabileceği şekilde bilgilendirileceği” ibaresi ile aynı maddenin 1. Fıkrasının “ğ” bendinde yer alan “farmakokinetik ve biyoeşdeğerlik çalışmalarında gönüllülere ücret ödenmesi sözkonusu olursa, bunun protokolde belirtilmesi gerekir.” ibaresinin; 10.,12.,13 maddeleri ve 11. Maddesinin 1. Fıkrasının (i) bendinin ve (ç) bendinin 6 numaralı alt bendinde yer alan gönüllüye ödül verilebileceğine ilişkin düzenlemenin, 18. Maddesinin 1. Fıkrasındaki “hem Etik Kurula hem de “ ibaresinin; 19. Maddesinin 1. Fıkrasındaki “Etik Kurul onay verse bile” ibaresinin; 20. Maddesinin 1. Fıkrasının “b” bendindeki “ve ilgili Etik Kurula bildirilir” ibaresinin; 18. Maddesinin 1. Fıkrasındaki “eş zamanlı” ibaresinin; 20. Maddesinin 1. Fıkrasının (b) bendindeki “Genel Müdürlük, başvuru tarihini izleyen günden itibaren otuz beş gün içerisinde protokol değişikliği hususunda görüş bildirmez ise protokol değişikliği onaylanmış sayılır.” ibaresinin 2577 sayılı İdari Yargılama Usulü Kanununun 27. Maddesindeki koşullar gerçekleşmiş bulunduğundan ve yürütülmesinin durdurulmasına” karar verilmiştir.

2. Bu çalışma S.B. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmeliğin 4. Maddesi 1. Fıkrası (ş) bendinde ((ş) Klinik araştırma: Bir veya birden fazla merkezde, insanlar üzerinde yapılan ilaç klinik araştırmaları, ilaç dışı klinik araştırmalar, tıbbi cihazlarla yapılan araştırmalar, yeni bir cerrahi yöntem kullanılarak yapılan klinik araştırmaları gibi her türlü araştırmayı,) yer alan klinik araştırma tanımını dışında yer aldığı için Etik Kurul İzni alınmamıştır.



**Prof.Dr.Galip EKUKLU**  
**Trakya Üniversitesi**  
**Halk Sağlığı Anabilim Dalı**